

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Legitimierung des assistierten Suizids in Österreich –
Sterbehilfe inmitten einer theologischen, ethischen
Debatte“

verfasst von / submitted by

Katharina Mahr, BEd

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 199 518 525 02

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Lehramt Sek (AB) UF Katholische
Religion UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Gunter Prüller-Jagenteufel

Vorwort

Durch die in den letzten Jahren immer lauter gewordene Debatte zur Legitimierung von Sterbehilfe in Österreich wurde ich dazu angeregt, die vorliegende Masterarbeit zu verfassen.

Während dem Verfassen der Arbeit konnte ich immer wieder Parallelen zur Krankheitsgeschichte meiner Großmutter feststellen. Argumente, welche mir beim Verfassen der Arbeit theoretischer Natur erschienen, konnte ich durch das Erleben der letzten Lebensmonate meiner Großmutter praktisch durchdenken.

Meine Großmutter erlitt vor fünf Jahren mehrere Schlaganfälle, was im Laufe der Zeit zu zunehmenden Paresen führte. Zusätzlich kam zum Krankheitsbild Demenz hinzu, welche - wie im Verlauf dieser Krankheit üblich – immer weiter voranschritt und schlussendlich auch dazu führte, dass meine Großmutter in den letzten Jahren nur mehr einzelne Worte wiederholen bzw. an „guten“ Tagen auch selbstständige Wörter wiedergeben konnte. Meine Großmutter wurde vom Zeitpunkt des Schlaganfalls an bis wenige Tage vor ihrem Tod zu Hause bei ihrem Mann von einer 24-Stunden-Betreuung gepflegt. Nahezu jeden Tag erhielt sie Besuch von ihren Kindern oder Enkelkindern. Ab und zu konnte sie auch auf Ausflüge mit, wie z.B. Mittagessen in einem Restaurant, Festlichkeiten im Ort oder Seniorentreffen. Obwohl meine Großmutter die letzten Jahre über nicht mehr selbstbestimmt leben konnte, machte ich die Erfahrung, dass sie sowohl von ihren Pflegerinnen als auch von meiner Mutter, welche ihre Erwachsenenvertretung war, stets würdig und liebevoll behandelt wurde. Bei allen Entscheidungen wurde versucht nach ihrem (zumindest vermutlichen) Willen zu handeln. Ich hatte stets den Eindruck, dass trotz der schweren Krankheit noch immer eine gewisse Lebensfreude vorhanden war, welche besonders beim Singen alter Lieder oder dem gemeinsamen Beten zum Ausdruck kam. Auch ihre letzten Tage, welche sie schlussendlich aufgrund von Bettlägerigkeit und dem Stopp von Nahrungsaufnahme, im Pflegeheim verbringen musste, empfand ich als sehr wertschätzend ihr gegenüber, da das Pflegepersonal sichtlich bemüht wirkte, auch in den letzten Stunden ein würdevolles Leben zu ermöglichen. Genau diese menschlichen, sozialen und seelsorglichen Komponenten haben im Fall meiner Oma merklich, zusätzlich zu den schmerzlindernden Medikamenten, zur Linderung von ihrem Leid beigetragen. So komme ich zu dem Schluss, dass sie sich unter diesen Umständen auch selbst nicht für die Inanspruchnahme der Sterbehilfe entschieden hätte.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich beim Entstehen dieser Arbeit unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Univ.-Prof. Dr. Gunter Prüller-Jagenteufel, der mich mit zahlreichen Ideen und fachlicher Kompetenz bei der inhaltlichen Strukturierung und Konkretisierung meiner Arbeit wohlwollend begleitet hat.

Darüber hinaus danke ich meinen Eltern, Klaudia und Gerald Mahr, die mir mein Studium ermöglicht haben und mir stets mit Motivation, Geduld und Verständnis unterstützend zur Seite standen.

Ebenso bedanke ich mich bei meinem Lebensgefährten, Benjamin Bauer, der während der Erstellung dieser Arbeit immer ein offenes Ohr für meine Gedanken und Zweifel hatte.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Masterarbeit auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Die Begriffe "Sterbehilfe" und "Euthanasie" werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Gleiches gilt für die Begriffe „assistierter Suizid“ und „Beihilfe zum Suizid“.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Bedeutung und Geschichte der Sterbehilfe.....	3
1.1 Formen von Sterbehilfe.....	6
1.1.1 passive Sterbehilfe	6
1.1.2 aktive Sterbehilfe	10
1.1.3 assistierter Suizid	18
1.2 Zusammenschau.....	18
2 Europäische Gesetzeslage	20
2.1 Niederlande	20
2.1.1 Jahresbericht 2021 über die Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden	23
2.1.2 Mögliche Gefahren durch die „Legitimierung“ von Sterbehilfe am Beispiel der Niederlande	26
2.2 Belgien	27
2.3 Luxemburg.....	28
2.4 Schweiz	29
2.4.1 Sterbehilfeorganisationen	31
2.5 Zusammenschau.....	34
3 Das österreichische Sterbeverfügungsgesetz	36
3.1 Sterbeverfügung.....	36
3.2 Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung	40
3.2.1 Hospiz- und Palliativangebot (Stand 2020)	41
3.3 Zahlen zum assistieren Suizid ein Jahr nach Legitimierung in Österreich	43
3.4 Zusammenschau.....	44
4 Sterbehilfe aus theologischer Perspektive	46
4.1 Historischer Überblick.....	47
4.1.1 Euthanasie in der Antike	47
4.1.2 Euthanasie zur Zeit des Nationalsozialismus.....	49
4.1.3 Darf der Mensch im Christentum über Leben und Tod entscheiden?	52
4.2 Theologische Positionen zur Sterbehilfe	53
4.2.1 Christliche Perspektive auf die Menschenwürde	54
4.3 Kirchliches Lehramt.....	59
4.3.1 Erklärung zur Euthanasie (1980)	60
4.3.2 Evangelium vitae (1995).....	63
4.3.3 Katechismus der Katholischen Kirche (1997)	74
4.3.4 Samaritanus bonus (2020).....	75
4.4 Stellungnahmen zum neuen österreichischen Sterbeverfügungsgesetz seitens der katholischen und evangelischen Kirche.....	87
4.4.1 Stellungnahme der Österreichischen Bischofskonferenz.....	87
4.4.2 Stellungnahme des Evangelischen Oberkirchenrats A.u.H.B.....	94
4.5 Zusammenschau.....	98

5	Konklusion.....	103
5.1	Menschenwürde: Autonomie vs. Recht auf Leben	104
5.1.1	Biblisch-theologisches Verständnis: Gott als Schöpfer entscheidet über Lebensanfang und Lebensende	104
5.1.2	Deistisch-theologisches Verständnis: der Mensch wurde von Gott in die Freiheit entlassen.....	106
5.2	Christliche Argumente gegen Sterbehilfe inmitten der österreichischen Sterbehilfedebatte	106
5.2.1	Druck.....	107
5.2.2	Dammbruch-Argumente	108
5.2.3	Menschenwürde	108
6	Literaturverzeichnis	110
7	Abbildungsverzeichnis.....	114
8	Abkürzungen.....	114
9	Anhang.....	115
9.1	Abstract (Deutsch)	115
9.2	Abstract (Englisch)	116

Einleitung

„Mit der Geburt [...] wird der Mensch aus einer Situation, die so unbedingt festgelegt war wie die Instinkte, in eine Situation hineingeschleudert, die nicht festgelegt, sondern ungewiss und offen ist. Nur in Bezug auf die Vergangenheit herrscht Gewissheit, und für die Zukunft ist nur der Tod gewiss.“

(Erich Fromm, 1956a, GA IX, S. 444)

Der Tod ist eine dem Menschen seit jeher auferlegte und unvermeidbare Tatsache. Das Zitat vom Psychoanalytiker und Sozialpsychologen Erich Fromm (1900-1980) zeigt auf, dass der Mensch im Laufe seines Lebens zwar vieles selbst bestimmen, beeinflussen und lenken kann, jedoch ist es für niemanden möglich unendliches irdisches Leben zu erlangen.

Obwohl in der heutigen Gesellschaft nahezu jedes Thema im familiären Umfeld, im Freundeskreis und auch öffentlich diskutiert wird, so wird das Thema der Sterblichkeit des Menschen doch eher in den Hintergrund gedrängt. Solange Menschen gesund und fit sind, keine großen, das freie Leben beeinflussenden Einschränkungen erleiden, setzen sie sich nur äußerst selten mit dem Tod auseinander. Doch genauso wie die Geburt, gehört auch dieser zum Leben. Durch die großen Fortschritte der modernen Medizin und Technik lässt sich heute eine Vielzahl an Erkrankungen und Einschränkungen behandeln, welche noch vor einigen Jahren unweigerlich zum Tod geführt hätten. Neben den schier unendlichen Möglichkeiten der Medizin, bildet auch das Recht auf Selbstbestimmung eine wichtige Säule in der menschlichen Lebensführung, besonders auch in Hinblick auf das Sterben.

Denkt der Mensch doch über seine Sterblichkeit und den damit einhergehenden Tod nach, besteht die Hoffnung auf einen „guten“ Tod, ohne schmerzvolles Leiden und ohne an „fremdbestimmte“ Geräte- und Arzneimittel ausgeliefert zu sein, welche das Leid eventuell sogar noch verlängern. Diese Angst vor der medizinischen Überversorgung und der Fremdbestimmtheit am Ende des Lebens geht mit der Angst vor Hilflosigkeit und Entmündigung, sowie der Angst vor einem Autonomieverlust einher.¹

Aus der Befürchtung des Verlusts der Selbstbestimmung heraus speist sich auch eine weitere Befürchtung: die Angst vor (medizinischer) Unterversorgung. Diese Angst ergibt sich aus der für begrenzt erachteten Lebenszeit in der Gesellschaft, wonach im Zweifelsfall bei

¹ vgl. Frieß, 2012, S. 7

Ressourcenmangel alte oder behinderte Menschen (so die Vermutung) nicht mehr angemessen medizinisch versorgt werden würden.²

Aufgrund des geforderten Rechts auf Selbstbestimmung und unter anderem der zuvor genannten Ängste wurde in den letzten Jahren die öffentliche Debatte rund um das Thema Sterbehilfe immer lauter. Während in Ländern wie Belgien, den Niederlanden und der Schweiz die Sterbehilfe bereits vor etlichen Jahren legitimiert wurde, waren und sind nach wie vor viele andere EU-Länder explizit dagegen.

Am 11. Dezember 2020 wurde schließlich aufgrund des Rechts auf Selbstbestimmung das bis dahin in Österreich gültige Verbot der Beihilfe zum Suizid vom Verfassungsgerichtshof als gesetzeswidrig erklärt. Diese Gesetzesaufhebung führt österreichweit bis heute zu einer vieldiskutierten Debatte, welche besonders Vertreter aus den Bereichen Recht, Medizin, Ethik und Theologie vor eine große Herausforderung stellt.

Breite Diskussionen betreffend der Verhinderung von Missbrauch werden bis zum in Kraft treten des Sterbeverfügungsgesetzes am 01.01.2022 und einer Änderung des §77 StGB (Tötung auf Verlangen) und des §78 StGB (Beihilfe beim Suizid) geführt und darüber hinaus.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Thematik der Sterbehilfe aus dem Blickwinkel der Theologie. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf die österreichische Gesetzesänderung zur Legitimierung des assistierten Suizids und die zugehörigen Stellungnahmen der katholischen und evangelischen Kirche gelegt.

² vgl. Frieß, 2012, S. 7

1 Bedeutung und Geschichte der Sterbehilfe

Der Begriff Sterbehilfe umfasst ein weites Bedeutungsspektrum und bedarf somit einer genaueren Begriffsklärung im Rahmen dieser Arbeit. Sterbehilfe wird manchmal auch als „Euthanasie“ betitelt. Euthanasie kommt aus dem griechischen (euthanasia) und bedeutet übersetzt einen „guten Tod“ zu haben, also einen würdevollen, schmerzfreien Tod.³ Das Wort stammt aus der Antike und beschrieb damals zum einen dieses sanfte Sterben am Ende des Lebens und zum anderen den ehrenhaften Tod, beispielsweise von Soldaten. Im christlichen Mittelalter richtete sich die Vorstellung des „guten Todes“ dann in Richtung Jenseits. Das Leben und das Sterben sollten auf die Aufnahme in Gottes Himmelreich vorbereiten. Es gab Anleitungen für „die Kunst des Sterbens“ (lat. ars moriendi), welche beschrieben, welches Verhalten zu einem „guten Tod“ führt und wie das Sterben zu durchleiden und auch zu begleiten sei. Der Tod wurde nicht aus der Gesellschaft gedrängt, sondern war ein durchgängiger Bestandteil des menschlichen Lebens. Auch Schmerz und Leid wurden angenommen als von Gott gewollte Prüfungen. Ein weiterer Unterschied zwischen der Antike und dem christlichen Mittelalter war die Begleitung des Sterbenden bis zum Schluss. Während in der Antike die Ärzte nicht dazu verpflichtet waren den Sterbenden beizustehen und diese sich im Sterbeprozess zurückziehen konnten, galt im christlichen Mittelalter die Pflicht der Barmherzigkeit und Nächstenliebe, was für die Ärzte bedeutete sich den Sterbenden zuzuwenden und diese zu trösten oder auch die heiligen Sakramente zu spenden. So bestimmten bis ins 19. Jahrhundert primär kulturelle und religiöse Überzeugungen die moralischen Orientierungen von Ärzten.⁴

Während Anfang des 19. Jahrhunderts in einem Medizinwörterbuch unter dem Wort Euthanasie festgehalten wird, dass Ärzte niemals das Leben eines Menschen verkürzen dürfen und selbst Schmerzmittel abzusetzen seien, wenn diese das Leben verkürzen würden, änderte sich mit Zunahme der medizinischen Erkenntnisse der Umgang mit Sterbenden. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde nicht mehr ausschließlich das Individuum als handlungsleitend erachtet, sondern das Wohl der Gemeinschaft. Der Wert des Menschen bestimmt immer mehr das Denken in den Bereichen Biologie und Medizin und es wächst die Idee des Aussortierens von Schwachen zum Wohle der Gesellschaft. Konkreter wurde der Gedanke der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ nach Ende des 1. Weltkriegs, in einer Schrift des Juristen Binding und des Psychiaters Hoche. Geprägt durch die Nachkriegsjahre wurde die Tötung „lebensunwerter Menschen“ als Vernunftakt legitimiert, da diese zum Schutz der

³ vgl. Held, 2017, S. 43

⁴ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 14-16

Gemeinschaft, ähnlich einer Art Selbstverteidigung von diesen den Staat „belastenden Individuen“, und auch zu deren eigenen Schutz, nämlich durch die Abkürzung eines möglichen qualvollen Sterbeprozesses.⁵ Die Auslegung von Euthanasie als ärztlicher Eingriff ins Sterben bzw. die Beschleunigung dessen entstand erst am Ende des 19. Jahrhunderts.⁶ Die sozialdarwinistische Ideologie der Nationalsozialisten wurde als Eugenik fortan in die Tat umgesetzt. Ab 1939 wurden rund 250.000 Kranke und behinderte Menschen unter dem Deckmantel „Gnadentod“ getötet.⁷ Die Nationalsozialisten führten mit dem „Euthanasieprogramm“ ein Programm zur Vernichtung von „unwertem“ Leben ein, also von Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, die somit als unnütz für die Gesellschaft galten. Aufgrund dieser unfreiwilligen Tötung einer großen Anzahl von Menschen stößt der Begriff Euthanasie auf universelle Ablehnung.⁸ Wenig überraschend ist es, dass diese grausamen Vorkommnisse sich bis heute auf die Sterbehilfediskussion auswirken. Argumente aus dem Beginn des 20. Jahrhunderts werden auch heute noch in medizinischen Fachartikeln erörtert, wie z.B. die Kostenfrage.⁹ Im Jahr 2020 veröffentlichten Shaw & Morton den Artikel „Counting the cost of denying assisted dying“ in der Fachzeitschrift Clinical Ethics. Im Artikel liefern die Autoren drei wirtschaftliche Argumente, welche für die Legalisierung von assistiertem Suizid sprechen: die (hohen) Erhaltungskosten für unheilbar kranke Menschen mit schlechter Lebensqualität; die Kosten, welche durch die Inanspruchnahme von Sterbehilfe gespart werden würden und so anderen Patienten zugutekommen könnten, welche weiterleben und ihre Lebensqualität verbessern möchten und dem möglichen Nutzen der Organspende/-entnahme, da diese im Prozess des assistierten Suizids aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht, laut Shaw & Morton, erfolgsversprechender ist.¹⁰ Solch ökonomische Argumente in Zusammenhang mit der Sterbehilfe werden jedoch aufgrund des unveräußerlichen Menschenrechts auf Leben, unter anderem von Ärztekammern, strikt abgelehnt. Den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der deutschen Bundesärztekammer ist zu entnehmen, dass es die *„Aufgabe des Arztes ist [...], unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. [...] Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“*¹¹ Ähnlich dem

⁵ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 15 f.

⁶ vgl. Marschütz, 2016, S. 283

⁷ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 16

⁸ vgl. Marschütz, 2016, S. 283

⁹ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 16

¹⁰ vgl. Shaw & Morton, 2020

¹¹ Deutsche Bundesärztekammer, 2011, S. 346

Hippokratischen Eid, steht der Schutz des Lebens der Patienten, sowie die Achtung vor diesem in den Formulierungen der Bundesärztekammer im Vordergrund. Neben dem Recht auf Leben kann auch damit argumentiert werden, dass sich ältere und kranke Menschen unter anderem durch solch ökonomische Argumente immer mehr unter Druck gesetzt fühlen, Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Auf Seiten der Ärzte kann ein Verstoß gegen das Recht auf Selbstbestimmung genannt werden, da beispielsweise auch nach dem österreichischen Ärztekammerpräsidenten Thomas Szekeres kein Arzt dazu verpflichtet werden darf, gegen das eigene Gewissen zu handeln und Beihilfe zur Tötung leisten zu müssen.¹² Neben den direkten Argumenten für oder gegen Sterbehilfe handeln neuere Diskussionen auch von den intensivmedizinischen Auswirkungen auf den Sterbeprozess, von Überlegungen zur Ermöglichung eines würdevollen und selbstbestimmten Sterbens und von angemessenen Formen der Betreuung, z.B. Hospiz und Palliativmedizin.¹³

Sterbehilfe kann sowohl „Hilfe im Sterben“ als auch „Hilfe zum Sterben“ meinen.¹⁴ „Hilfe im Sterben“ bezieht sich auf die Begleitung von Sterbenden durch beispielsweise pflegerische und medizinische Tätigkeiten oder auch menschliche, seelsorgliche Zuwendung.¹⁵ „Hilfe zum Sterben“ meint hingegen das Töten eines schwer erkrankten Menschen aufgrund dessen ausdrücklichen Verlangens hin.¹⁶ Der Todeseintritt wird hierbei bewusst beschleunigt.¹⁷ Es lassen sich verschiedene aktive und passive Formen von Sterbehilfe unterscheiden.

Die Bezeichnung „Sterbehilfe“ wird, ähnlich wie Euthanasie, oft kritisch beurteilt, findet juristisch jedoch bis dato Anwendung. Kritisiert wird zum einen die Nähe zum Terminus „verhelfen“, welcher eine Beteiligung mehrerer Personen am Entscheidungs- und Umsetzungsprozess der Sterbehilfe ausdrückt. Es droht eine ärztezentrierte anstelle einer patientenorientierten Handlung. Andererseits steht die Nähe zum Terminus „Hilfe“ unter Kritik, da helfen als ein positiver Vorgang wahrgenommen wird. Besonders bei der aktiven Sterbehilfe steht die Bezeichnung „Sterbehilfe“ somit in Widerspruch zum eigentlichen Wortsinn. Die deutsche Bundesärztekammer reagiert bereits seit 1993 auf diese Kritik und verwendet anstelle von Sterbehilfe den Wortlaut „Sterbebegleitung“.¹⁸

Im folgenden Unterkapitel werden die verschiedenen Formen von Sterbehilfe dargestellt und erörtert. Ebenso wird ein erster Einblick in die grundlegenden Argumente der

¹² vgl. Österreichische Ärztekammer, 2020

¹³ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 16

¹⁴ vgl. Deutsches Refernzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2022

¹⁵ vgl. Marschütz, 2016, S. 282

¹⁶ vgl. Deutsches Refernzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2022

¹⁷ vgl. Marschütz, 2016, S. 282

¹⁸ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 17 f.

Sterbehilfedebatte gegeben: das Argument der Menschenwürde und das Argument der Selbstbestimmung.

1.1 Formen von Sterbehilfe

Sterbehilfe lässt sich grundlegend in drei verschiedene Formen unterteilen: passive Sterbehilfe, aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid. Die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe bezieht sich auf die ausgelöste Wirkung der Handlung, ohne Einbezug der Intention, welcher die handelnde Person folgt.¹⁹

Zusätzlich zur Form der Sterbehilfe ist auch auf der Zustimmungsebene zu unterscheiden, welche am Ausmaß der Beachtung des Patientenwillens gemessen wird. Freiwillige Sterbehilfe geht mit einer Sterbewunschäußerung des Patienten selbst einher, welcher diese Entscheidung bewusst, freiwillig und ohne äußere Zwänge trifft. Der Wille des Patienten geht eindeutig hervor. Ist ein Patient nicht einwilligungsfähig, handelt es sich um die nicht-freiwillige Sterbehilfe. Anstelle des Patienten muss ein Stellvertreter für diesen entscheiden. Vorab muss der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden. Bei der unfreiwilligen Sterbehilfe erfolgt keine Ermittlung des Willens des Patienten. Dies kann einerseits bedeuten, dass der Patient nicht über seinen Willen befragt wird oder andererseits, dass die Tötung sogar gegen den Willen des Patienten erfolgt.²⁰

1.1.1 passive Sterbehilfe

Bei passiver Sterbehilfe führt die Krankheit selbst zum Tod der sterbenden Person.²¹ „*Passiv ist dabei jedes Handeln, welches den zum Tod führenden Sterbeprozess zulässt.*“²² Im Rahmen der passiven Sterbehilfe werden somit medizinische Maßnahmen bei Sterbenden oder schwerstkranken Menschen eingestellt, z.B. der Verzicht auf eine Wiederbelebung.²³ In den Bereich der passiven Sterbehilfe sind die palliative Sorge, die Sterbebegleitung und die indirekte Sterbehilfe, in Form von Behandlungsverzicht oder -abbruch, einzuordnen.²⁴

1.1.1.1 indirekte Sterbehilfe

Ziel der indirekten-passiven Sterbehilfe ist es durch einen Behandlungsverzicht- oder -abbruch das Sterben zuzulassen. Ist dies mit einem früheren Todeseintritt verbunden, wird häufig

¹⁹ vgl. Marschütz, 2016, S. 282

²⁰ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 23

²¹ vgl. Marschütz, 2016, S. 282

²² Marschütz, 2016, S. 282

²³ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 18

²⁴ vgl. Marschütz, 2016, S. 282

kritisiert, dass die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe in einem solchen Fall ethisch irrelevant sei.²⁵ Vertreter der sogenannten Äquivalenzthese sehen keinen moralisch relevanten Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen unter sonst gleichen Umständen.²⁶ Beide Verfahren werden als äquivalent betrachtet, da diese zum gleichen Ergebnis – den Tod des Patienten – führen. Im Gegensatz zur Äquivalenzthese ist für Vertreter der Signifikanzthese die Unterscheidung von aktiver und passiver Tötung ethisch von Bedeutung. Signifikant ist die Intention der Handlung, nicht das Ergebnis des Todeseintritts. Auf intentionaler Ebene wäre das Sterbenlassen nur dann eine Tötungshandlung, wenn es noch andere medizinische, heilversprechende, verhältnismäßige Möglichkeiten der Behandlung geben würde. Ist keine Heilung mehr möglich und kann eine weitere Behandlung für den Patienten nur mehr mit unzumutbaren Belastungen fortgeführt werden, kann es moralisch vertretbar sein die lebenserhaltenden Maßnahmen zu unterlassen.²⁷

Die Entscheidung, ob auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet oder ob diese abgebrochen werden sollen, geht nicht mit der Frage einher, ob ein Leben noch lebenswert ist. Es geht darum abzuwägen, ob eine weitere Behandlung und das damit hinzukommende Leid noch verhältnismäßig ist, wenn der bevorstehende Tod eines Patienten nicht mehr verhindert werden kann. Das Behandlungsziel ändert sich dabei von kurativ (heilend) zu palliativ (lindernd).²⁸ Auch seitens der katholischen Kirche befürwortet Papst Johannes Paul II. in *Evangelium vitae* den Verzicht auf therapeutischen Übereifer, wenn dieser nicht mehr verhältnismäßig ist und unterscheidet zwischen Euthanasie und indirekter Sterbehilfe: „*Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.*“²⁹

Ist ein Mensch noch fähig, seinen Willen klar zu äußern, erfolgt die indirekte Sterbehilfe freiwillig. Kann ein Patient seinen Willen nicht mehr äußern, fällt die Entscheidung eines Behandlungsverzichts oder -abbruchs einfacher, wenn eine schriftliche, notariell beglaubigte Patientenverfügung vorliegt, die der Patient in einer urteilsfähigen Phase seines Lebens unter ärztlicher Aufklärung verfasst hat. Diese Patientenverfügung ist sowohl für Ärzte als auch für Angehörige verbindlich. Gesetzlich geregelt sind Patientenverfügungen durch das Bundesgesetz über Patientenverfügungen (kurz: Patientenverfügungsgesetz). Nach §7 PatVG verlieren verbindliche Patientenverfügungen nach acht Jahren ihre Verbindlichkeit, sofern vom

²⁵ vgl. Marschütz, 2016, S. 295

²⁶ vgl. Lübke, 2022

²⁷ vgl. Marschütz, 2016, S. 295 f.

²⁸ vgl. Marschütz, 2016, S. 296 f.

²⁹ Johannes Paul II, EV, 65

Patienten keine kürzere Frist bestimmt wurde. Nach Ablauf der acht Jahre, kann die Patientenverfügung nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden, wobei die achtjährige bzw. die vom Patienten verkürzte, festgelegte Frist neu zu laufen beginnt. Nicht verbindlich sind jene Patientenverfügungen, welche nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 PatVG erfüllen. Diese können im Ernstfall beratend herangezogen und je nach Ermessen berücksichtigt werden. Können gewisse irreversible Krankheitsphasen bereits im Vorhinein eingeschätzt werden, kann die Verfügung umso genauer verfasst werden und ist somit auch umso verbindlicher. Der Patient kann Angaben zum gewünschten Umfang und zur Art und Weise der medizinischen Behandlungen machen und festlegen, ab welcher Krankheitsphase Behandlungen zu unterlassen sind. Auch wenn nicht immer alle Krankheitsphasen wie im Vorfeld angenommen verlaufen, dient die Patientenverfügung doch zur Entlastung der Ärzte im Rahmen der indirekt-passiven Sterbehilfe. Aus ethischer Sicht werden Patienten davor bewahrt, gegen ihren Willen weiterbehandelt zu werden. Mit dem Festlegen einer Patientenverfügung werden Patienten (und Angehörige) jedoch auch gleichzeitig herausgefordert, sich mit ihrem eigenen Sterben auseinanderzusetzen und den Sterbeprozess zu akzeptieren.³⁰ Durch die Patientenverfügung kann dann von nicht-freiwilliger Sterbehilfe gesprochen werden, da versucht wird, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln. Wird die Entscheidung des Behandlungsverzichts oder -abbruchs ohne Ermittlung des Patientenwillens getroffen handelt es sich um unfreiwillige Sterbehilfe.

Nach Festlegung eines Behandlungsverzichts oder -abbruchs stellt sich die Frage, welcher Mittel es weiterhin für den Sterbenden bedarf. Papst Johannes Paul II. spricht in *Evangelium vitae* von „normalen Bemühungen“³¹ die nicht unterlassen werden dürfen. Verbindliche Mittel sind jene Mittel, welche mit der Grundversorgung des Patienten zusammenhängen: passende Unterbringung, Körperpflege, menschliche Kontakte, Linderung von Schmerzen und Versorgung mit Nahrung und Trinken. *„Umstritten ist speziell die Frage, ob am Lebensende die künstliche Verabreichung von Ernährung und Flüssigkeit als gewöhnliches Mittel der Lebenserhaltung und folglich als ethisch verpflichtend anzusehen ist.“*³² Während der intuitiven Auffassung nach das Verhungern oder Verdursten lassen als grausam erscheint, ist eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr am Ende des Sterbeprozesses meist eine zusätzliche Belastung. Verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sind jedoch Teil des natürlichen Sterbeprozesses und sollen Schmerzen als auch Angstzustände in der Sterbephase lindern.³³

³⁰ vgl. Marschütz, 2016, S. 297 f.

³¹ vgl. Johannes Paul II, EV, 65

³² Marschütz, 2016, S. 299

³³ vgl. Marschütz, 2016, S. 299

Ebenso umstritten ist die sogenannte terminale Sedierung im Rahmen der indirekt-aktiven Sterbehilfe. Hierbei bekommen sterbenskranke Menschen starke sedierende Medikamente verabreicht, welche eine deutliche Verminderung oder sogar den vollständigen Verlust des Bewusstseins bewirken. Dieser Bewusstseinsverlust kann entweder temporär oder auch fortwährend andauern. Meist wird der andauernde Bewusstseinsverlust bis zum Todeseintritt als terminale Sedierung bezeichnet und der temporäre, immer wieder durchbrochene Bewusstseinsverlust, als palliative Sedierung. Aus ethischer Perspektive ist fraglich, inwieweit diese Methode durch den Verlust der Kommunikationsfähigkeit legitimiert werden kann. Auch für nahestehende Personen kann diese Form der Behandlung sehr belastend sein. Terminale Sedierung sollte nur bei Extremfällen unter der Intention der Schmerzlinderung zum Einsatz kommen, wo keine anderen Möglichkeiten der Schmerzlinderung mehr möglich sind und weitestgehend temporär – inklusive Wachphasen - durchgeführt werden.³⁴ Geht mit der terminalen Sedierung eine Einstellung der Zugabe von Nahrung und Flüssigkeit einher, ähnelt dies der direkt-passiven Sterbehilfe, welche in dieser Form in den Niederlanden bereits häufiger angewendet wird, als die direkt-aktive Sterbehilfe.³⁵

Noch mehr umstritten ist die Frage, ob bei der künstlichen Lebenserhaltung von Wachkomapatienten (medizinisch: Menschen im permanenten vegetativen Status) das Leben in jedem Fall aufrecht zu erhalten ist oder an einem gewissen Punkt abgebrochen werden soll. Wichtig dabei ist zu erwähnen, dass Wachkomapatienten keine im Sterben liegenden Patienten sind. Innerhalb der (theologischen) Ethik gibt es dazu eine Vielzahl an kontroversen Positionen.³⁶

1.1.1.2 Palliative Sorge

Palliative Sorge kommt vom lateinischen Wort pallium bzw. palliare und bedeutet so viel wie „mit einem Mantel bedecken“. Palliative Sorge gründet bereits in den im Mittelalter initiierten Hospizen, welche von Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders wieder ins Leben gerufen wurden, und geht über Palliativmedizin hinaus. Das Leitkonzept der Hospizen ist eine ganzheitliche Begleitung von kranken Menschen, besonders jenen, die am Ende ihres Lebens stehen. Sterben ist ein Teil des Lebens und ist somit nicht separat vom Leben zu begreifen.³⁷ „Die unbedingte Würdigung des Menschen auch in dessen letzter Lebensphase, ermöglicht erst

³⁴ vgl. Marschütz, 2016, S. 299

³⁵ vgl. Marschütz, 2016, S. 300

³⁶ vgl. Marschütz, 2016, S. 300

³⁷ vgl. Marschütz, 2016, S. 301

ein humanes Sterben. ³⁸ Das Sterben ist die letzte Lebensherausforderung, in welcher sich noch entscheiden kann, ob man mit sich selbst und anderen versöhnt oder unversöhnt von dieser Welt scheidet. Eine wertschätzende Begleitung bis zum Schluss kann den sterbenden Menschen eine „letzte Reifung“ ermöglichen, die Fähigkeit des Loslassen-könnens fördern und dem Leben ein „gutes Ende“ bereiten. Die palliative Sorge soll ganzheitlich körperliche Schmerzen lindern, sowie seelische, soziale und spirituelle Probleme. Oberstes Ziel ist die Erhaltung von Lebensqualität und Würde des Patienten, sowie die psychologische und seelsorgliche Begleitung von Angehörigen. Palliativmedizin als Teil der palliativen Sorge stellt den Menschen in den Mittelpunkt und nicht seine Krankheit. Es soll ein sozialer Raum entstehen, der dem Sterbenden Empathie und Solidarität gegenüber bringt. Dabei geht es nicht nur um eine Schmerztherapie, sondern auch um die Linderung vieler anderer Symptome wie z.B. unstillbarer Husten, Atemnot, Durchfall, Verstopfung, Appetitlosigkeit oder Juckreiz. Aber auch Ängste, Sorgen und diverse andere psychische oder spirituelle Probleme und Fragen werden gelindert.³⁹

Wie bereits erwähnt ist in der palliativen Sorge die Begleitung und Betreuung von Angehörigen ein wichtiger Bestandteil des Konzepts. Gerade der Wunsch vieler Menschen, im eigenen zu Hause im Kreise der Familie die letzte Lebensphase zu verbringen, ist oft aus fehlenden medizinischen, pflegerischen, zeitlichen, familiengeschichtlichen und/oder psychischen Ressourcen nicht möglich. Auch wenn die Pflege oftmals nicht zu Hause möglich ist, leisten Angehörige trotzdem zumindest einen kleinen Beitrag zur Sterbebegleitung. Die größte Herausforderung dabei ist es den Sterbeprozess zuzulassen und den bevorstehenden Tod eines nahestehenden Menschen zu akzeptieren. Diese Akzeptanz hilft den Sterbenden loslassen-zu-können und den eigenen Tod anzunehmen. Im Gegenzug lernen die Angehörigen von der Sterbebegleitung sich der Endlichkeit des Lebens bewusst zu werden und was im Leben wirklich zählt, nämlich das Erfahren von Liebe und Vertrauen bis zum Schluss.⁴⁰

1.1.2 aktive Sterbehilfe

Im Gegensatz zur passiven Sterbehilfe ist bei der aktiven Sterbehilfe stets eine aktive (von einem Arzt durchgeführte) Handlung (mit-)ursächlich für den Tod.⁴¹ Diesem Bereich sind die direkte-aktive Sterbehilfe und die indirekte-aktive Sterbehilfe zuzuordnen.

³⁸ Marschütz, 2016, S. 301

³⁹ vgl. Marschütz, 2016, S. 301-303

⁴⁰ vgl. Marschütz, 2016, S. 303 f.

⁴¹ vgl. Marschütz, 2016, S. 283

Die direkte-aktive Sterbehilfe (auch „aktive Euthanasie“) ist die herbeigeführte Tötung von einem sterbenskranken Menschen (meist) durch einen Arzt. Erfolgt die direkte-aktive Sterbehilfe aufgrund des Verlangens eines sterbenskranken Menschen hin, so wird diese Form auch häufig als „Tötung auf Verlangen“ bezeichnet.⁴² „Tötung auf Verlangen“ ist eine Form der freiwilligen Sterbehilfe. Liegt ein Patient beispielsweise im Koma und ist nicht einwilligungsfähig, ist die Durchführung von direkter-aktiver Sterbehilfe weitaus problematischer. Hierbei muss unterscheiden werden, ob versucht wurde den Willen des Patienten zu ermitteln oder nicht. Eine Ermittlung des Patientenwillens kann beispielsweise durch eine verbindliche, jedoch auch durch alle anderen Arten von Patientenverfügungen erfolgen. Liegt keine Patientenverfügung vor, kann auch ein Stellvertreter herangezogen werden. Ist eine solche Ermittlung des Patientenwillens erfolgt, spricht man im Falle der Durchführung der direkten-aktiven Sterbehilfe von einer nicht-freiwilligen Sterbehilfe. Wird der Koma-Patient jedoch getötet, ohne dass ein konkretes Verlangen vorliegt, handelt es sich um unfreiwillige Sterbehilfe. Ziel der direkten-aktiven Sterbehilfe ist immer die Lebensbeendigung, welche z.B. durch das Verabreichen von Gift durch einen Arzt herbeigeführt wird.⁴³

Die indirekte-aktive Sterbehilfe betraf (vor allem früher) die durch das Verabreichen von schmerzlindernden Medikamenten einhergehende Lebensverkürzung. Heutzutage stellt dies bei korrekt durchgeführten Behandlungen jedoch eher eine Ausnahme dar. Sollte jedoch trotzdem der Fall eintreten, dass bei einem Menschen durch hoch dosierte Schmerzmedikamente eine Lebensverkürzung zu erwarten ist, wird die Aufrechterhaltung der Lebensqualität und eine Sterbephase mit möglichst geringen Schmerzen als höheres Gut empfunden als ein geringfügig längeres Leben unter großen Schmerzen.⁴⁴

Doch selbst wenn man davon ausgeht, dass sich Menschen (zumindest größtenteils) freiwillig für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe entscheiden, bringt die Diskussion rund um das Thema eine Vielzahl an Problemen mit sich. In den folgenden Unterkapiteln werden deshalb die grundlegenden Argumente für bzw. gegen aktive Sterbehilfe genannt.

1.1.2.1 Dammbbruch-Argumente

Dammbbruch-Argumente (auch: Slippery-Slope-Argumente) zählen zu den Standardargumenten gegen die Liberalisierung von Sterbehilfe. Die Argumente sind

⁴² vgl. Marschütz, 2016, S. 283

⁴³ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 19

⁴⁴ vgl. Marschütz, 2016, S. 283 f.

„praktisch-anwendungsorientierte Beweisführungen“⁴⁵, welche bei heiklen geplanten politischen Regelungen von Skeptikern vorgebracht werden. Mit einem Dammbbruch-Argument wird davor gewarnt, dass wenn man erstmal einen ersten Schritt gemacht hat, man möglicherweise unwiderruflich in eine unangenehme Folge von Konsequenzen verwickelt ist und man dadurch schnell auf ein katastrophales Ergebnis zusteuert.⁴⁶ Veranschaulicht würde dies bedeuten: Wenn man „A“ erlaubt/einführt, wird dies „B“ als Folge haben, was weiter dann zu „C“ führt, welches nicht mehr verhindert werden kann. Will man also „B“ und „C“ nicht zur Folge haben, darf bereits „A“ nicht erlaubt/eingeführt werden. Durch „A“ würde ein sogenanntes „rutschiges Gefälle“ (engl. slippery slope) entstehen, auf welchen man sich nicht halten kann und man abrutschen würde.⁴⁷ Durch diese Argumente sollen Befürworter einer Forderung dazu angeregt werden, über die Gefährlichkeit dieser nachzudenken und ihre Meinung dazu bestenfalls zu ändern. So soll bereits der erste Schritt auf „die schiefe Ebene“ und somit in Richtung einer unwiderrufbaren Ereigniskette vermieden werden.⁴⁸

Die Dammbbruch-Argumente sind mutmaßliche Entwicklungsvorhersagen und nicht empirisch überprüft. Im Umfeld der Sterbehilfe-Debatte gibt es unter anderem zwei bekannte Dammbbruch-Argumente von Douglas Walton: das „Causal Slippery Slope Argument“ und das „Precedent Slippery Slope Argument“. Beide Argumente lassen sich in der Praxis schwer klar voneinander abgrenzen. *„Beim „Precedent Slippery Slope Argument“ wird ein Ausnahmefall von einer Regel zugelassen, etwa [...] Sterbehilfe unter bestimmten schwierigsten Lebensbedingungen, der dann weitere Ausnahmen nach sich zieht und gleitend zu einer Ausweitung der ursprünglich gezogenen Grenzen führt.“*⁴⁹ Es fällt schwer eine klare Grenze zu ziehen zwischen den Personen die Sterbehilfe in Anspruch nehmen dürfen und jenen, bei denen dies nicht zutrifft. Das „Causal Slippery Slope Argument“ baut auf der Dominotheorie auf und gleicht einer Kette, bei der jedes Glied das nächstgelegene Glied in Bewegung setzt. Eine Angst bei der Legalisierung von Suizidbegleitung wäre beispielsweise, dass das Leben von Menschen, welche nicht mehr in der Lage sind einen klaren Sterbewunsch zu äußern, in Gefahr ist. Der Schritt von Tötung auf Verlangen zu aktiver Sterbehilfe ohne Einwilligung wird als gering eingeschätzt und so als große Gefahr angesehen.⁵⁰

Dammbbruchargumente, die sich nicht hauptsächlich an Handelnde konkreter Situationen wenden sondern an das Gesetz, weisen auf eine gewisse Instabilität des Rechts hin. Diese Instabilität ist bei genauerer Betrachtung jedoch eine prinzipielle, welche nicht erst

⁴⁵ Fenner, 2007, S. 201

⁴⁶ vgl. Fenner, 2007, S. 201

⁴⁷ vgl. Marschütz, 2016, S. 287

⁴⁸ vgl. Fenner, 2007, S. 201 f.

⁴⁹ Fenner, 2007, S. 202

⁵⁰ vgl. Fenner, 2007, S. 202

beispielsweise durch die Legitimierung von Sterbehilfe auftritt. Dammbuchgefahren setzen nach Ohly (2002) durch folgende Punkte ein:

- rechtliche Zulassung von Ausnahmen von Regeln und Prinzipien,
- vage juristische Sprache,
- aufweichen von Prinzipien (z.B. protestieren gegen einen offenen Diskurs zur Sterbehilfefrage),
- Unvollkommenheit des Menschen: Gefahr das ein vollkommenes Gesetz den Menschen in seiner Unvollkommenheit überführt anstatt ihn zu perfektionieren.

Die genannten Punkte können alle auf die anthropologischen Schwächen zurückgeführt werden. Theologisch betrachtet zeigt sich somit das Risiko der Dammbüche in der Sündhaftigkeit der Menschen. Diese würden alle durch strenge Gesetze überführt werden. Um Dammbüchen zu entgehen muss kein striktes Gesetz, sondern eine Lösung im „Geist“ gefunden werden. Auf prinzipieller Ebene besteht somit kein Grund wegen Dammbuchrisiken gegen die Liberalisierung von Sterbehilfe zu stimmen. Erst konkrete Dammbuchgefahren können dafür ausschlaggebend sein. So kann eine Zulassung von Sterbehilfe in bestimmten Fällen dazu führen, dass das finanzielle Krankheitsrisiko völlig in den privaten Bereich gedrängt wird, dadurch der Druck der Patienten steigt, eine rechtskräftige Erklärung abzugeben, dass sie mit der Verkürzung ihres Lebens einverstanden sind (auch wenn das eigentlich nicht so ist) und daraus schließlich unfreiwillige Tötung entsteht. Solche Dammbuchargumente suggerieren, dass die Achtung der Menschenwürde nur sichergestellt werden kann, wenn das Tötungsverbot ohne Einschränkungen bestehen bleibt.⁵¹

Auf der einen Seite sollen Dammbuch-Argumente eindrücklich Gefahren verdeutlichen, andererseits können diese jedoch auch leicht als Skandalierungsinstrument missbraucht werden. Durch die „Wenn A, dann B/C/D/...“-Struktur des Arguments, kann es leicht für Extremszenarien missbraucht werden. Ein Beispiel wäre hierzu der Verweis auf die Handhabung der Euthanasie in der NS-Zeit und eine mögliche Wiederholung dieser, durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Zu Beginn der NS-Zeit zählten „nur“ schwer und chronisch Kranke als „lebensunwertes Leben“. Später wurde dies ausgeweitet und es zählten alle sozial Unproduktiven, alle aufgrund der Ideologie oder „Rasse“ Unerwünschten und auch alle Nicht-Deutschen als unwertes Leben. Der Vergleich der Euthanasie der NS-Zeit und der aktuellen Euthanasie-Debatte lässt sich jedoch aus folgenden Gründen zurückweisen: Heute wird die Diskussion einerseits öffentlich geführt und andererseits handelt es sich in der Debatte

⁵¹ vgl. Ohly, 2002, S. 277 f.

nicht um unfreiwillige aktive Sterbehilfe. Solch willkürlich vorgetragene und unhaltbare Dambruchargumente sind für einen ethischen Diskurs nicht geeignet.⁵²

Ein geeignetes Vorgehen im ethischen Diskurs sollte auf empirischen Studien beruhen, um die Bedenklichkeit oder Unbedenklichkeit einer geplanten Gesetzesänderung abwägen zu können. Doch auch Studien liefern aus unterschiedlichen Gründen, wie z.B. mangelhaftes Forschungsdesign, nicht immer klare Ergebnisse. Ebenso verlaufen die Interpretationen von Studien oft kontrovers. Wie niederländische Studien zeigen, interpretieren die Einen daraus eine gelungene Umsetzung der Sterbehilfe, die Anderen jedoch klar ersichtliche, bestehende Probleme.⁵³ Um vereinfachten Dambruchargumenten entgegenzuwirken, müssten Studien „[...] in der Differenziertheit ihrer Befunde rezipiert werden“⁵⁴. Weiterhin bleibt jedoch die Frage nach der Bestimmbarkeit möglicher negativer Auswirkungen vorab.⁵⁵

Ebenso zu bedenken ist, dass ein Verbot den Missbrauch nicht verhindert und die Legitimierung nicht ausschließlich Missbrauch mit sich bringt. Es muss ein Augenmerk auf die Bedürfnisse der sterbenden Menschen gelegt werden, denn diesen muss der Gebrauch von Sterbehilfe letzten Endes gerecht werden.

1.1.2.2 Was bedeutet es, menschenwürdig und selbstbestimmt zu sterben?

In der Debatte zur Sterbehilfe stellt sich häufig die Frage, ob Sterbehilfe den sterbenden Menschen gerecht werden kann. Der katholische Theologe Hans Küng wirft in seinem Buch „Menschenwürdig sterben“ (gemeinsam mit Walter Jens) die Frage auf, ob ein menschenwürdiges Sterben damit einhergeht, dass der Mensch selbst über den Zeitpunkt und die Art wie er stirbt entscheiden können soll. Diese Frage hängt mit dem Selbstbestimmungsrecht von alten, kranken, pflegebedürftigen und im Sterben befindlichen Menschen zusammen. Küng bejaht diese Frage und empfindet aktive Sterbehilfe als legitimes Mittel für Menschen, welche andauernd keine Hoffnung auf ein menschenwürdiges Weiterleben mehr sehen. Küng begründet dies mit der von Gott geschenkten Freiheit und Autonomie des Menschen.⁵⁶

Doch sowohl bei Küng als auch bei seinem Ko-Autor Jens, welche beide für die aktive Sterbehilfe eintraten und sich auch gegenseitig das Versprechen gaben im Ernstfall einander behilflich zu sein, wurde bei Jens trotz schwerer Erkrankung nie das Angebot dieser

⁵² vgl. Marschütz, 2016, S. 287

⁵³ vgl. Marschütz, 2016, S. 288

⁵⁴ Marschütz, 2016, S. 288

⁵⁵ vgl. Marschütz, 2016, S. 288

⁵⁶ vgl. Marschütz, 2016, S. 288 f.

wahrgenommen. Jens verstarb, zehn Jahre nachdem ihm vaskuläre Demenz diagnostiziert wurde, im Alter von 90 Jahren natürlich. Die Frau von Jens berichtet in Interviews, dass ihr verstorbener Mann sich inmitten seiner Krankheit immer wieder widersprüchlich zum Thema Sterbehilfe äußerte. In manchen Momenten wollte er weiterleben und nicht sterben und in anderen Momenten wollte er einfach nicht mehr sein. Ob die Entscheidung, nämlich nicht von der aktiven Sterbehilfe Gebrauch zu machen, die richtige war, wird Frau Jens nach eigenen Angaben niemals beurteilen können.⁵⁷ Auch wenn man in gesunden Tagen ein klares Bild in sich trägt, ab wann das eigene Leben als nicht mehr lebenswert angesehen wird, so bedeutet dies nicht, dass man es auch bei eingetretener Krankheit so empfindet. Es ist im Voraus nicht wissbar, mit welchen Einschränkungen man noch „gut“ leben kann und mit welchen nicht. Somit zeigt sich, dass das „[...] *Verfügen über das eigene Sterben im Vollbesitz der geistigen Kräfte nur relativ für die Krankheitssituation [ist]*“⁵⁸.

Häufig wird das Recht auf Selbstbestimmung als Argument für aktive Sterbehilfe genannt. Dieses Recht auf Selbstbestimmung inkludiert dabei auch selbst die Entscheidungsfreiheit über Leben und Tod in existentiellen Grenzsituationen zu haben. Das würde bedeuten, dass aufgrund der Autonomie von Patienten schon der eigene, persönliche Tötungswunsch ausreichen würde, um die ethische Unzulässigkeit aktiver Sterbehilfe außer Kraft zu setzen und Ärzte zur Tötung zu ermächtigen.⁵⁹

Kritisch entgegenzusetzen ist dabei, dass Menschen als Subjekte nie isoliert von anderen und als frei von jeglicher Beeinflussung angesehen werden können und so auch ihre selbstbestimmten Entscheidungen immer vom Umfeld mitbestimmt werden. In der Moderne wird immer mehr eine lebenslange geistige und körperliche Funktionsfähigkeit als Ideal und Maßstab vorgegeben. Es soll vermieden werden „nicht mehr zu können“ und der Tod soll am Ende des Lebens möglichst schnell, kurz und schmerzlos eintreten, ohne eine lange vorausgehende Krankheits- und Sterbephase. Dieses in der Gesellschaft vorgelebte Ideal kann unbewusst Einfluss auf die Entscheidungen von Individuen nehmen und so zu einem gewissen Druck in Richtung Sterbehilfe führen. Außerdem steht die Vorstellung eines schnellen Todes ohne längerfristige, vorhergehende Erkrankungen in Widerspruch zur Realität, da etwa 90% der Menschen an längeren bestehenden Krankheiten versterben.⁶⁰ Wie bereits angemerkt, bestehen Subjekte immer in Beziehung zu anderen Menschen und zur Außenwelt, aus welchen auch die Selbstbestimmung wächst. „*Im individualistischen Verständnis erweist sich Selbstbestimmung maßgeblich geprägt von der Angst, in der letzten Lebensphase die Kontrolle*

⁵⁷ vgl. Marschütz, 2016, S. 289

⁵⁸ Marschütz, 2016, S. 290

⁵⁹ vgl. Marschütz, 2016, S. 290

⁶⁰ vgl. Marschütz, 2016, S. 290 f.

*über das eigene Leben nicht mehr bewahren zu können und stattdessen in Abhängigkeit von der Hilfe anderer leben [...] zu müssen.*⁶¹ In Anbetracht eines relationalen Verständnisses von Selbstbestimmung stellt sich die Frage, ob die Abhängigkeit von anderen Menschen tatsächlich vorrangig als negativ zu bewerten ist. Menschen stehen von Geburt an in mannigfaltigen Relationen, welche grundlegend sind für das menschliche Dasein und um menschlich leben zu können. Im Laufe des Lebens zeigt sich diese Abhängigkeit zu anderen Menschen unterschiedlich, sei es im Kleinkindalter, bei der Entwicklung hin zum Erwachsen sein, bei der Gründung einer eigenen Familie und auch am Ende des Lebens. Berichte aus dem Hospiz zeigen, dass Menschen am Ende des Lebens mit guten, aufrechten, menschlichen Beziehungen nur selten und meist nicht beständig einen Todeswunsch äußern. Durch intakte menschliche Beziehung kann vermieden werden, dass dem erwarteten physischen Tod bereits ein psychischer Tod vorausgeht. Auch dieser Aspekt sollte in der Diskussion um aktive Sterbehilfe beachtet werden.⁶²

Auch wenn in der Regel bei den meisten Menschen, welche eine fürsorgliche Begleitung erfahren, der Wunsch nach Sterbehilfe nicht beständig bleibt, gibt es doch Ausnahmen. Manchmal fehlen nach langer, schwerer, unheilbarer Krankheit die Kraft und der Sinn weiterzuleben. Wäre es gerechtfertigt in extremen Einzelfällen einem gefestigten Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nachzukommen? Diese Frage stellt sich auch der Philosoph und Theologe Bernhard Irrgang. An sich steht Irrgang aktiver Sterbehilfe negativ gegenüber, meint jedoch, dass in extremen Fällen der gefestigte Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht ethisch zu verurteilen sei. Doch wie kann sichergestellt werden, dass diese nur bei extremen Einzelfällen angewandt wird? Besonders wenn die Argumente auf die Patientenautonomie als entscheidendes Kriterium aufgebaut sind ist es nicht möglich, die Sterbehilfe auf wenige Fälle zu begrenzen.⁶³

Geht man in der Regel von einer Ambivalenz des Todeswunsches aus, so fällt es auch in den Bereich der Patientenautonomie diese nicht nur als Anspruchsrecht, sondern auch als Abwehrrecht zu sehen. Egal aus welchem Grund Patienten dazu getrieben werden über Sterbehilfe nachzudenken - sei es eine bestimmte Phase im Krankheitsverlauf, gesellschaftlicher Druck oder ein stummer Hilferuf - der Todeswunsch ist oft inkonstant und mit Beeinträchtigungen der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit verbunden. Ein direktes Eingreifen durch aktive Sterbehilfe könnte den Patienten mitunter verwehren, das eigene Sterben bewusst annehmen zu können.⁶⁴

⁶¹ Marschütz, 2016, S. 291

⁶² vgl. Marschütz, 2016, S. 191 f.

⁶³ vgl. Marschütz, 2016, S. 292

⁶⁴ vgl. Marschütz, 2016, S. 292 f.

Doch wie sieht nun ein menschenwürdiges Sterben aus? „*Das Selbstbestimmungsrecht ist eng mit dem Würdeargument verknüpft, wenn eine bestimmte Art und Weise des Sterbens als würdelos erachtet wird, und darum der Zeitpunkt des Sterbens selbst entscheidbar sein muss.*“⁶⁵ Menschenwürde kann mittels unterschiedlicher Verständnisweisen betrachtet werden: Einerseits kann Menschenwürde von der abendländischen Geschichte geprägt als etwas Absolutes, zum Menschsein gehörendes angenommen werden. In diesem Fall kann man die Würde weder erwerben noch verlieren. Diese Würdevorstellung ist primär im Christentum, in der Stoa und auch beim Philosophen Immanuel Kant zu verorten. Das zugehörige metaphysische Menschenbild überschreitet das Empirische durch die Sinnfrage und spricht von der Würde als inneren Wert, welcher unbedingt zu schützen ist.⁶⁶ Andererseits kann Menschenwürde als sogenannter Gestaltungsauftrag angenommen werden, welcher mit verschiedenen Faktoren der Lebensführung und -qualität zusammenhängt. Diese Form der Würde wird also an äußeren Faktoren der Lebensqualität bemessen und geht von einem empirischen Menschenbild aus, welches in den Bereich der utilitaristischen Ethik einzuordnen ist. Würde als relativer Wert wird hierbei an Eigenschaften oder Qualitäten eines Menschen geknüpft und dadurch wird dieser gleichzeitig auf seinen sozialen Nutzen reduziert.⁶⁷ Setzt man beide Würdebegriffe in Beziehung zueinander, ist das Bild der Würde als innerer, unverfügbarer Wert von primärer Bedeutung und das empirische Würdeverständnis von sekundärer Bedeutung. Sekundäre Bedeutung von Würde meint, dass diese zwar Anteil nimmt an der Würde, jedoch nicht in dieser gründet. „*Insofern dieser empirische Anteil an der Würde auch bedeutsam ist, besteht die Pflicht, ihm bestmöglich gerecht zu werden.*“⁶⁸ Speziell bei sterbenden Menschen ist ein sensibler Umgang mit entwürdigenden Situationen von großer Bedeutung, auch wenn nicht immer verhindert werden kann, dass eine Situation als entwürdigend oder sogar würdelos empfunden wird.⁶⁹

Befürworter des empirischen Würdeverständnis bejahen eine Tötung auf Verlangen, wenn durch Leid und Krankheit nicht viel von der eigenen Würde überbleibt.⁷⁰ Auch wenn es nachvollziehbar erscheint, dass in krankheitsbedingten Lebenslagen, kurz vor Ende des Lebens, das Weiterleben als entwürdigend oder sogar würdelos empfunden wird, wäre es schwierig daraus ein ethisches Kriterium zu entwickeln, welches die Würde eines Menschen allein anhand der Lebensqualität bemisst und dadurch aktive Sterbehilfe legitimiert. Macht man das Lebensrecht von der Würde abhängig, wäre die Würde ein äußerer Wert, welcher viel Druck

⁶⁵ Marschütz, 2016, S. 293

⁶⁶ vgl. Marschütz, 2016, S. 294 f.

⁶⁷ vgl. Marschütz, 2016, S. 294

⁶⁸ Marschütz, 2016, S. 295

⁶⁹ vgl. Marschütz, 2016, S. 295

⁷⁰ vgl. Marschütz, 2016, S. 293

auf kranke und sterbende Menschen ausübt. Wer würde dann über den Status der Würde eines betroffenen Menschen entscheiden? Führt es zur Tötung aus Mitleid, wenn aussichtslose Krankheitsverläufe nach außen hin als würdelos erachtet werden?⁷¹

Es ist fraglich, ob man in Hinblick auf die Sterberealität von einem friedlichen „Sterben in Würde“ sprechen kann. Auch wenn im Sterbeprozess oft wenig von der empirischen Qualität der Würde vorhanden ist, sollte aber Sterbenden zumindest ein würdiger Umgang mit ihnen geboten werden.⁷²

1.1.3 assistierter Suizid

Als dritte Form der Sterbehilfe ist der assistierte Suizid (auch: „Beihilfe zur Selbsttötung“) zu nennen. Der assistierte Suizid zählt nicht als aktive Sterbehilfe, da es sich um eine Beihilfe zum Suizid handelt und somit nicht um eine aktive Handlung einer außenstehenden Person. Beim assistierten Suizid wird eine Substanz mit tödlicher Wirkung bereitgestellt, welche dann vom Patienten selbstständig eingenommen wird. Die Tötungshandlung wird also vom Patienten selbst vollzogen. Kann diese Handlung durch bestimmte Krankheitsverläufe nicht mehr vom Patienten selbst vollzogen werden, so müsste die den Suizid assistierende Person selbst handeln, um den (gewünschten) Tod des Patienten herbeizuführen. Hierbei würde jedoch die Grenze zur Tötung auf Verlangen überschritten werden.⁷³ Der assistierte Suizid kann nur „freiwillig“ erfolgen, da das Präparat selbstständig eingenommen bzw. geschluckt werden muss.

1.2 Zusammenschau

Auch wenn Sterbehilfe auf unterschiedliche Arten durchgeführt werden kann, haben alle Formen dasselbe Ziel: Die Herbeiführung des Todes. Während dies bei der aktiven Sterbehilfe gezielt durch Fremdeinwirkung geschieht, wird beim assistierten Suizid die schlussendlich lebensbeendende Maßnahme selbstständig durchgeführt. Die passive Sterbehilfe kann als eine Art „sterben lassen“ bezeichnet werden, indem beispielsweise Behandlungen abgebrochen oder zur Gänze auf diese verzichtet wird. Auch die palliative Pflege zählt zur passiven Sterbehilfe, bei welcher meist starke schmerzlindernde Mittel verabreicht werden, welche zu einem früheren Todeseintritt führen können. Im Zusammenhang mit den Formen der Sterbehilfe wurden im ersten Kapitel auch bereits die grundlegenden Argumente für bzw. gegen Sterbehilfe genannt: Menschenwürde und Selbstbestimmung.

⁷¹ vgl. Marschütz, 2016, S. 294

⁷² vgl. Marschütz, 2016, S. 295

⁷³ vgl. Marschütz, 2016, S. 284

Das Recht auf Selbstbestimmung wird häufig als Argument für aktive Sterbehilfe genannt. Begründet wird dies durch die, der Selbstbestimmung innewohnenden, Entscheidungsfreiheit, welche nach Befürwortern auch an der Grenze zwischen Leben und Tod nicht endet. Dadurch kritisieren Befürworter das gesetzliche Verbot von Sterbehilfe, da dies dem Recht auf Selbstbestimmung widerspricht. Kritisch ist dem Selbstbestimmungsargument anzumerken, dass Menschen als Subjekte nie ohne jegliche Beeinflussung von außen agieren können und so auch immer einem gewissen sozialen Druck ausgesetzt sind.

Das Argument der Menschenwürde wird bezugnehmend auf das Thema Sterbehilfe sowohl als pro- als auch als contra-Argument genannt und ist eng mit dem Selbstbestimmungsrecht verbunden. Wie sieht ein menschenwürdiges Sterben aus? Einerseits lässt sich argumentieren, dass es zur Würde des Menschen gehört, über die Art und den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst entscheiden zu können. Schwierigkeiten ergeben sich hierbei jedoch dadurch, dass es in einem frühen Krankheitsstadium oftmals schwer zu sagen ist, ab wann das eigene Leben tatsächlich nicht mehr lebenswert ist und in einem späten Stadium in vielen Fällen mehr keine klare Anweisung gegeben werden kann. Andererseits lässt sich das Menschenwürdeargument so auslegen, dass dem Menschen eine angeborene Würde zukommt, welche bis zum letzten Atemzug erhalten bleibt. Hierbei wird die Wichtigkeit der würdevollen Betreuung und Pflege von jedem Menschen bis hin zum Tod hervorgehoben.

Zu den Standardargumenten gegen die Liberalisierung von Sterbehilfe zählen die sogenannten Dambruchargumente. Diese Argumente sollen Gefahren aufzeigen und vor einem sogenannten Domino-Effekt warnen. In Bezug auf die Sterbehilfe könnte dies beispielsweise bedeuten, dass, wenn erst einmal der assistierte Suizid legalisiert wurde, die Hemmschwelle zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe immer geringer wird oder die Anforderungen, welche zur Genehmigung eines assistierten Suizids gegeben sein müssen, (ob legal oder illegal) immer mehr gelockert und so für eine breite Masse der Regelfall werden.

Aus dem bisher Analysierten ergeben sich folgende Fragen: Gibt es einen ethischen Unterschied zwischen aktiver Sterbehilfe, passiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid? Ist es Teil der Menschenwürde über seinen eigenen Todeszeitpunkt und die Todesart entscheiden zu können? Können die durch Dambruchargumente prophezeiten Gefahren in Ländern wie Belgien und Niederlande, in denen Tötung auf Verlangen gesetzlich erlaubt ist, bestätigt werden? Wie verhält es sich mit der Menschenwürde aus christlicher Perspektive?

2 Europäische Gesetzeslage

Zur Zeit gibt es in Europa bereits vier Länder, in denen die Tötung auf Verlangen durch Ärzte unter bestimmten Bedingungen erlaubt ist: Niederlande (2002), Belgien (2002), Luxemburg (2009) und Spanien (2021).

In der Schweiz ist die Beihilfe zur Selbsttötung bereits seit 1942 gesetzlich erlaubt, sofern dieser keine selbstsüchtigen Motive (wie z.B. das Verleiten zum Suizid um früher zu erben) vorausgehen.⁷⁴

Ein neues Gesetz, welches den assistierten Suizid unter strengen Auflagen legalisiert, ist mit 01.01.2022 in Österreich in Kraft getreten.⁷⁵

In Deutschland befindet sich der assistierte Suizid seit März 2020 in einer gesetzlichen Grauzone, nachdem das Verbot der „geschäftsmäßigen Sterbehilfe“ nach einigen Klagen vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig erklärt wurde. Bis heute (Stand: Ende 2022) wurde die Sterbehilfe in Deutschland nicht neu geregelt.⁷⁶

2.1 Niederlande

„In den Niederlanden wird unter dem Begriff Euthanasie die freiwillige oder auch nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe verstanden.“⁷⁷ Ebenso gibt es Fälle unfreiwilliger, aktiver Sterbehilfe, welche unter der Bezeichnung „Lebensbeendigung ohne Verlangen“, ohne Rücksicht auf den Willen oder gegen den Willen des Patienten, erfolgt.⁷⁸

Seit 1881 sind die Euthanasie und die Beihilfe zum Suizid, wie im niederländischen Strafgesetzbuch festgelegt, unter Strafe gestellt. Im Artikel 293 StGB wird die Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe mit bis zu zwölf Jahren Haftstrafe und im Artikel 294 StGB wird die Strafbarkeit der Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid mit bis zu drei Jahren Haftstrafe geregelt. Auch wenn die Sterbehilfe gesetzlich strafbar ist, wird diese dennoch offiziell geduldet. Diese Duldung kann mittels der niederländischen Geschichte erklärt werden: Um die Euthanasie aus der diffusen Unkontrollierbarkeit herauszuholen, kam es zu einer Euthanasieduldung. Dieses Dulden, auf niederländisch „gedogen“, versucht Recht und Praxis in Einklang zu bringen und meint, dass bei einer bestimmten Gesetzesüberschreitung unter bestimmten Bedingungen von einer Strafverfolgung abgesehen wird.⁷⁹ *„Für die Euthanasie in den Niederlanden meint*

⁷⁴ vgl. Schweizer Bundesamt für Justiz, 2022

⁷⁵ vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

⁷⁶ vgl. Mitteldeutscher Rundfunk (mdr), 2022

⁷⁷ Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 33

⁷⁸ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 33 f.

⁷⁹ vgl. Frieß, 2012, S. 52 f.

Duldung, dass die Interessen, die für eine Gesetzesüberschreitung sprechen, schwerer wiegen als die Interessen, die eine Verfolgung der Straftat verlangen.“⁸⁰ Besonders an dieser Duldung in den Niederlanden ist, dass diese vorab ausgesprochen und erst weit später schriftlich festgehalten wurde. 1973 erschien eine Studie des Gesundheitsrats über Euthanasie, 1984 beschloss das oberste niederländische Gericht, dass es Gründe gebe, mit welchen sich Euthanasie rechtfertigen lässt. Auch wurde anerkannt, dass Ärzte zwar die Aufgabe der Lebenserhaltung haben, andererseits jedoch auch das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten respektieren müssen.⁸¹ Nach weiteren 8 Jahren Prozess tritt schließlich mit 1.4.2002 das niederländische Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung in Kraft, welches die aktive Sterbehilfe, sowie den assistierten Suizid unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Beide Formen der Sterbehilfe werden juristisch ident behandelt und es gelten bestimmte Voraussetzungen, welche für eine legale Durchführung der Sterbehilfe erfüllt, sein müssen.⁸² Die rechtliche Gleichstellung wird durch den nicht signifikant verschiedenen ethischen Unwertgehalt beider Formen begründet. Sowohl für die aktive Sterbehilfe, als auch für den assistierten Suizid werden von der Königlich Niederländischen Ärzteorganisation (KNMG) entsprechende Handlungsvorgaben verabschiedet, welche Ärzten vorgeben, mit welchen Medikamenten und Dosierungen die jeweilige Form der Sterbehilfe durchgeführt werden soll.⁸³

Trotz des „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ bleiben aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid gemäß Artikel 293 und 294 StGB eine Straftat. Ein zentraler Strafausschließungsgrund betreffend der Euthanasie ist in Artikel 40 StGB festgelegt und lautet, dass eine Tat nicht strafbar ist, wenn der Täter durch übermächtigen Einfluss dazu gedrängt wird. Nur Ärzten bleibt es vorbehalten, in Dilemmasituationen zwischen Lebenserhaltung und Leidminderung, unter Einhaltung der vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien, straffreie aktive Sterbehilfe zu vollziehen. Ärzte sind bei ihren Entscheidungen und Handlungen häufig hohem Druck ausgesetzt, welcher teils übermächtigen, psychischen Einfluss auf diese nehmen kann. Es besteht jedoch keine Verpflichtung für Ärzte Sterbehilfe, egal in welcher Form, durchführen zu müssen.⁸⁴

In Kapitel II des „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ der Niederlande sind die rechtlich festgelegten Sorgfaltskriterien unter

⁸⁰ Frieß, 2012, S. 53

⁸¹ vgl. Frieß, 2012, S. 54

⁸² vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 34

⁸³ vgl. Frieß, 2012, S. 54

⁸⁴ vgl. Frieß, 2012, S. 54 f.

Artikel 2, Punkt 1 festgelegt. Ärzte müssen in Bezug auf Sterbehilfe folgende Kriterien einhalten:

- a) Der Arzt muss von der reiflichen Überlegung und der Freiwilligkeit der Bitte des Patienten überzeugt sein.
- b) Der Arzt muss vom aussichtslosen Zustand und vom unerträglichen Leid des Patienten überzeugt sein.
- c) Der Arzt muss den Patienten über dessen Situation und Aussichten aufklären.
- d) Der Arzt und der Patient müssen gemeinsam davon überzeugt sein, dass es keine andere annehmbare Lösung gibt.
- e) Der Arzt muss mindestens einen weiteren, unvoreingenommenen Arzt hinzuziehen, diesen den Patienten untersuchen lassen und eine schriftliche Stellungnahme zu den Sorgfaltskriterien Punkt a bis d verfassen lassen.
- f) Der Arzt muss bei der Durchführung der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe bei der Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt vorgehen.⁸⁵

Um Punkt e) gewährleisten zu können wurde 1997 in Amsterdam ein Pilotprojekt namens SCEN entwickelt. Das Projekt dient zur Entwicklung eines geregelten Konsultationsdienstes von Ärzten für Ärzte. Aktuell arbeiten rund 500 Ärzte zusätzlich zu ihrer Arbeit, meist in einer Hauspraxis, als Konsultationsärzte. Ihr Aufgabengebiet besteht aus der Beratung bei Fragen zur palliativen Behandlung und der Übernahme von Konsultationen bei konkreten Bitten um Lebensbeendigung. Nicht nur SCEN-Ärzten dürfen Konsultationen durchzuführen, sondern jeder unabhängige Arzt. Übernimmt ein Arzt eine Konsultation, muss der Patient mit Sterbewunsch mindestens einmal direkt besucht werden, ehe der in Punkt e) geforderte Bericht verfasst werden kann. Der Konsiliararzt muss unabhängig vom Patienten und vom behandelnden Arzt sein und darf nicht in die bisherige Behandlung involviert gewesen sein. Der Konsiliararzt schreibt in seinen Bericht, ob die Voraussetzungen für aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid gegeben sind oder nicht. Die Entscheidung des Konsiliararztes ist jedoch nicht bindend und somit kann der behandelnde Arzt auch entgegen der Beurteilung des Konsiliararztes für oder gegen die Durchführung der Sterbehilfe entscheiden, da dieser allein gesetzlich verantwortlich ist.⁸⁶

Ab wann Sterbehilfe erlaubt ist „[...] hängt nicht direkt mit der Unmittelbarkeit des zu erwartenden natürlichen Todeszeitpunktes zusammen“⁸⁷, sondern mit den Sorgfaltskriterien b) und d), um beispielsweise auch dementen oder psychisch erkrankten Menschen, welche sich

⁸⁵ vgl. Königlich Niederländische Ärzteorganisation KNMG, 2002, Kapitel II, Artikel 2, Punkt 1

⁸⁶ vgl. Frieß, 2012, S. 56 f.

⁸⁷ Frieß, 2012, S. 57

nicht in der Sterbephase befinden, die Möglichkeit zu geben Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Seit 2002 müssen Fälle von Sterbehilfe, welche aufgrund eines psychischen Leidens erfolgten, nicht mehr an die Staatsanwaltschaft gemeldet werden wie zuvor, sondern fallen in den Zuständigkeitsbereich von Kontrollkommissionen, solange trotz psychischer Erkrankung ein ausdrücklicher und ernsthafter Sterbewunsch festgestellt werden kann.⁸⁸ Generell sind die Kommissionen für alle Fälle freiwilliger Sterbehilfe verantwortlich. Fälle, bei denen es sich um Patienten unter 12 Jahren handelt und Fälle von nicht-freiwilliger Sterbehilfe (z.B. Wachkomapatienten) müssen jedoch direkt an die Staatsanwaltschaft gemeldet werden. Gibt es eine bestehende Patientenverfügung, welche vor Eintreten der Bewusstlosigkeit vom Patienten unterzeichnet wurde, gilt diese als Willensäußerung und der Fall muss nicht an die Staatsanwaltschaft gemeldet werden. Keine Meldepflicht besteht außerdem für Fälle von indirekter oder passiver Sterbehilfe.⁸⁹

Nach erfolgter Euthanasie muss der örtliche Leichenbeschauer über den Todesfall informiert werden. Dieser leitet dann seinen Bericht, die Unterlagen des Arztes und den Bericht des Konsiliararztes an die regional zuständige Kontrollkommission zur Überprüfung weiter. Seit 2002 darf diese unter Einhaltung der Artikel 8-13⁹⁰ eigenständig über die Gesetzeskonformität, also die Einhaltung der Sorgfaltskriterien, von Sterbehilfefällen entscheiden. Ist die Kontrollkommission der Meinung, dass der Arzt nicht gemäß der Sorgfaltskriterien gehandelt hat, wird das Urteil „nicht sorgfältig“ gefällt und der Fall an die Staatsanwaltschaft, sowie an die regionale Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen zur weiteren Prüfung übergeben. Verstöße gegen die materielle Norm werden schwerer geahndet als die Unterlassung von Pflichten mit formalem Charakter. Unter die materiellen Normen fallen die Sorgfaltskriterien Punkt a) bis d), welche die Sterbehilfe an sich begründen. Die Pflichten mit formalem Charakter beziehen sich auf die Sorgfaltskriterien Punkt e) und f) und sollen einen ordnungsgemäßen Ablauf bei der tatsächlichen Anwendung der Sterbehilfe garantieren.⁹¹

2.1.1 Jahresbericht 2021 über die Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden

Jährlich veröffentlichen die Kontrollkommissionen einen Jahresbericht, welcher ausführlich über die aktuellen Zahlen und Entwicklungen, sowie die ethischen Diskurse Bericht erstattet. Durch die enthaltenen Fallbeispiele geben die Jahresberichte einen guten Einblick in die Praxis der niederländischen Sterbehilfe und in die Gewichtung der Sorgfaltskriterien. Die Berichte

⁸⁸ vgl. Frieß, 2012, S. 57 f.

⁸⁹ vgl. Frieß, 2012, S. 59

⁹⁰ vgl. Königlich Niederländische Ärzteorganisation KNMG, 2002, Kapitel III, Artikel 8-13

⁹¹ vgl. Frieß, 2012, S. 58

werden von der Kommission in den Sprachen Niederländisch, Englisch, Deutsch, Spanisch und Französisch auf der Website der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (RTE) veröffentlicht.

Im Jahr 2021 wurden den Kommissionen 7666 Sterbehilfefälle gemeldet, was 4,5% aller im genannten Jahr verzeichneten Todesfälle in den Niederlanden entspricht. Im Vergleich zum Jahr 2020 ergibt dies eine Zunahme an Meldungen von 10,5%. Die Anzahl der gesamten Todesfälle stieg um 0,4 Prozentpunkte. Bei den gemeldeten Sterbehilfefällen handelt es sich in etwa gleich häufig um Frauen wie um Männer. Zu 97,3%, dies entspricht 7459 Fällen, ging es um aktive Sterbehilfe. Bei 2,5% der Fälle (189 Fälle) wurde der assistierte Suizid in Anspruch genommen und bei den restlichen 0,23% (18 Fälle) ging es um eine Kombination aus beiden Varianten.⁹²

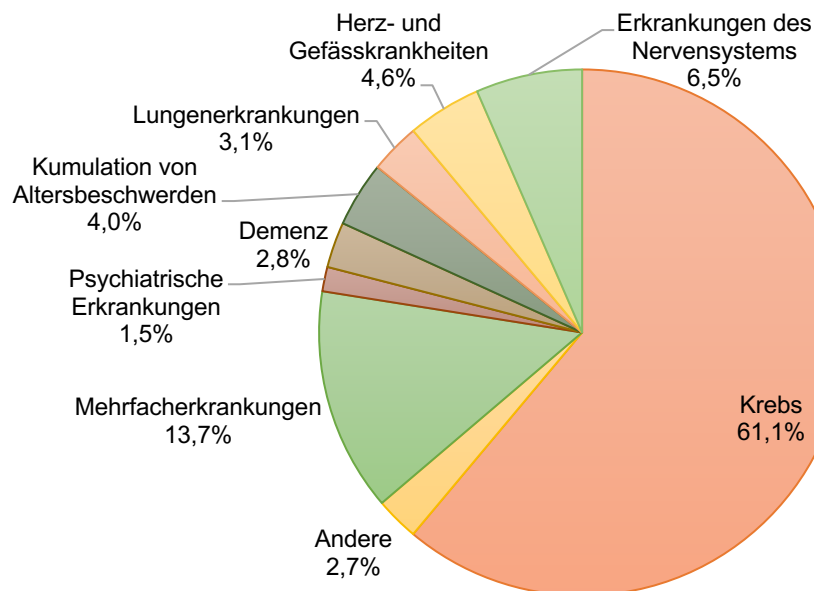


Abbildung 1: Krankheitsarten

Bei 6824 Fällen (entspricht 89%), welche bei den Kommissionen 2021 gemeldet wurden, handelt es sich um Patienten mit einer unheilbaren Form von Krebs, Nervensystemerkrankungen (z.B. Morbus Parkinson oder MS), Herz- und Gefäßkrankheiten, Lungenerkrankungen oder einer Kombination aus mehreren Erkrankungen.

Bei den Patienten mit Demenz handelte es sich im Jahr 2021 bei sechs Meldungen um Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, welche nicht mehr über ihr Ersuchen kommunizieren konnten. Bei diesen Fällen wurde eine vorab festgelegte, schriftliche

⁹² vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2022, S. 10

Patientenverfügung zur Feststellung der Freiwilligkeit und reiflichen Überlegung der Bitte um Sterbehilfe herangezogen. Bei den anderen 209 gemeldeten Demenzfällen war die Krankheit im Anfangsstadium die Grundlage des Leidens. Die Patienten in diesem Stadium der Demenz waren sich ihrer Krankheit und der damit einhergehenden Symptome bewusst und wurden als willensfähig in Bezug auf ihr Sterbehilfeersuchen eingestuft.

Im Jahr 2021 wurden außerdem 115 Sterbehilfefälle gemeldet, welchen das Leiden an einer oder mehrerer psychiatrischen Erkrankungen zugrunde lag.⁹³

Eine Kumulation an Altersbeschwerden (z.B. Sehstörungen, Gehörerkrankungen, Arthrose, Verschlechterung des Kognitiven Zustands) war im Jahr 2021 für 307 Fälle der Grund für die Inanspruchnahme von Sterbehilfe.⁹⁴

In 80,2% der Fälle wurde die Sterbehilfe vom Hausarzt gemeldet. Wie bereits in den Vorjahren wurde auch im Jahr 2021 die Sterbehilfe zumeist, mit 81,2% der Fälle, beim Patienten zu Hause durchgeführt. An zweiter Stelle folgt mit 8,8% das Versterben in einem Pflege- oder Altersheim und an dritter Stelle mit 6,7% das Versterben in einem Hospiz.⁹⁵

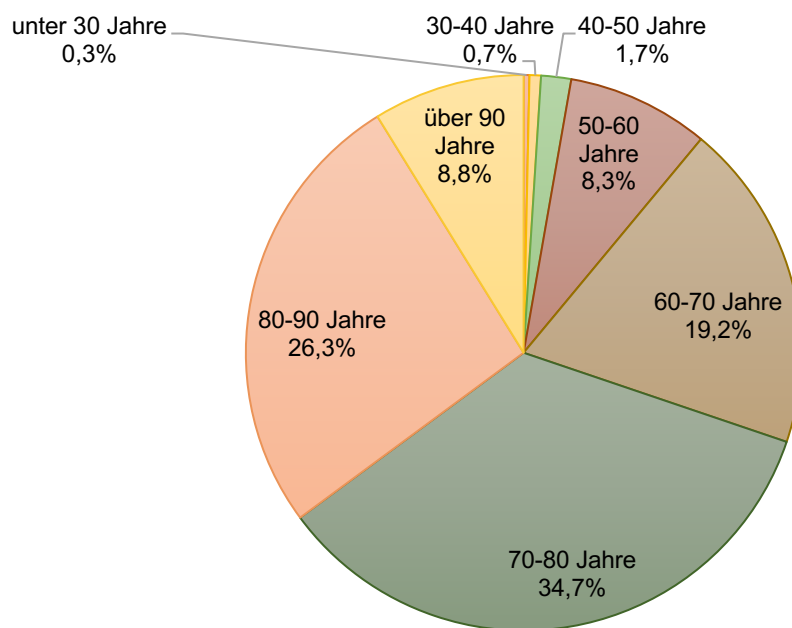


Abbildung 2: Alter

Mit 2659 Fällen betrafen 2021 die meisten Sterbehilfemeldungen Patienten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren, gefolgt von der Gruppe der 80- bis 90-Jährigen mit 2016 Fällen und der Gruppe der 60- bis 70-Jährigen mit 1469 Fällen. Eine Meldung ging im Jahr 2021 über die

⁹³ vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2022, S. 12

⁹⁴ vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2022, S. 14

⁹⁵ vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2022, S. 16

Sterbehilfe bei einem Minderjährigen ein. Der älteste Patient im Jahr 2021, welcher Sterbehilfe in Anspruch nahm, war 105 Jahre alt.⁹⁶

In fünf Fällen wurde im Jahr 2021 explizit gemeldet, dass nach der Sterbehilfe Organ- und Gewebespenden erfolgt waren. Bei 32 Meldungen erhielten zwei Partner gleichzeitig Sterbehilfe (16 Paare). In sieben der 2021 gemeldeten Sterbehilfefälle gelangten die Kommissionen zum Schluss, dass nicht alle Sorgfaltskriterien durch den durchführenden Arzt eingehalten wurden.⁹⁷

In Kapitel 2 des Jahresberichts werden Fallbeschreibungen aus dem Jahr 2021 dargestellt. Neben Beispielen für die häufigsten Meldungen werden auch Beispiele nach den fünf Sorgfaltskriterien geordnet angegeben, sowie Fälle mit besonderen Erkrankungen. Ebenso werden Fälle dargestellt, bei welchen der Arzt nicht im Einklang mit den Sorgfaltskriterien gehandelt hat.

2.1.2 Mögliche Gefahren durch die „Legitimierung“ von Sterbehilfe am Beispiel der Niederlande

Durch die niederländischen Praxisberichte zur Sterbehilfe ergibt sich eine Vielzahl an Problemen, was wiederum mit der Frage einhergeht, ob das Gesetz nicht eher als Protest gegen die menschliche Sterblichkeit zu deuten ist und das Schicksal des Sterbens zur „Machsalsal“⁹⁸ umfunktioniert wird.⁹⁹ Marschütz (2016) erwähnt in seinem Werk Berichte, welche auf mangelnde Sorgfaltskriterien in Bezug auf die praktizierte Sterbehilfe hinweisen. In beinahe der Hälfte aller Fälle liegen nur wenige Tage oder gar nur Stunden zwischen der Äußerung des Todeswunsches und des tatsächlichen Tötungsvorgangs, was in Widerspruch zur im Gesetz geforderten Überprüfung der Ernsthaftigkeit und Beständigkeit des Todeswunsches steht. Zusätzlich werden rund 50% der Fälle gar nicht oder unter einer anderen Todesursache gemeldet. Hinzu kommt, dass es sich bei etwa 25% der Fälle um unverlangte Sterbehilfe handelt, wenn beispielsweise Ärzte aufgrund des mutmaßlichen Willens der Eltern Neugeborene töten.¹⁰⁰ Die hohe Rate der verübten Sterbehilfe ohne Einwilligung des Patienten deutet darauf hin, dass trotz der verpflichteten Sorgfaltskriterien der Patientenschutz nicht vollständig gewährleistet werden konnte. Außerdem verlief nicht jeder Tötungsvorgang in den letzten Jahren komplikationslos. Bei einer Studie aus dem Jahr 1995 geschah dies bei 648

⁹⁶ vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2022, S. 14

⁹⁷ vgl. Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, 2022, S. 18

⁹⁸ Ein durch Menschenhand selbst verursachter bzw. mitverursachter Tod wird als Machsalsal bezeichnet und ist moralisch zu verantworten. Im Gegensatz dazu wird ein trotz lebenserhaltender Maßnahmen nicht mehr aufhaltbarer oder ein überraschender Todeseintritt als Schicksal betitelt.

⁹⁹ vgl. Marschütz, 2016, S. 285

¹⁰⁰ vgl. Marschütz, 2016, S. 285

Patienten, was eine Hoffnung auf einen weniger qualvollen Tod durch Sterbehilfe relativiert.¹⁰¹ Auch der Grund für aktive Sterbehilfe variiert, da diese teilweise nicht nur schwerkranke Menschen in Anspruch nehmen können, sondern auch beispielsweise Menschen mit Depressionen oder Demenz.¹⁰² Diese und viele weitere Probleme bestätigen die Gefahr eines Dammbrechts durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Gesetzliche Vorgaben können in der Praxis nicht gewährleisten, dass die Sterbehilfe nur sterbenden Patienten zu Teil wird, welche auch ausdrücklich und auf freiem Wunsch hin darum bitten. Diese sogenannten Dammbrech-Befürchtungen beeinflussen auch das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten. Eine weitere Gefahr wird darin gesehen, dass sich eine Abnahme der Solidarität und Empathie mit kranken und sterbenden Patienten entwickeln könnte. Dies könnte in einer leistungsorientierten Gesellschaft schnell mit einer „Wertminderung“ ebengenannter Patienten einhergehen, was wiederum den Druck auf diese erhöhen würde, zumindest über das Angebot der Sterbehilfe nachzudenken.¹⁰³

2.2 Belgien

Auch Belgien verabschiedete kurz nach den Niederlanden im Mai des Jahres 2002 ein Sterbehilfegesetz, genannt „Gesetz die Euthanasie betreffend“ (niederländisch: Wet betreffende de euthanasie), welches weltweit als sehr liberal gilt.¹⁰⁴ Anders als in den Niederlanden regelt dieses Gesetz nur die ärztliche Tötung auf Verlangen.¹⁰⁵ Die ärztliche Tötung auf Verlangen ist dadurch von der Strafbarkeit der Tötung bzw. des Mordes (Strafgesetzbuch Artikel 393 und 394) ausgenommen. Die vom Arzt bei der Euthanasie zu erfüllenden Pflichten sind den niederländischen Sorgfaltskriterien angeglichen worden.¹⁰⁶ Vom niederländischen Gesetz abweichend ist die im belgischen Gesetz aufgeführte Pflicht, den Patienten über alle palliativen Möglichkeiten aufzuklären. Zusätzlich muss zwischen den Beratungsgesprächen eine dem Krankheitsverlauf angepasste Pause eingehalten werden. Das Anliegen des Patienten soll mit dessen Pfleger- und Betreuerteam (falls vorhanden) besprochen werden. Weiters ist im belgischen Sterbehilfegesetz unter Artikel 3 §2 verankert, dass der Patient, wenn gewünscht, die Möglichkeit bekommt mit Angehörigen oder anderen Personen über sein Anliegen zu sprechen.¹⁰⁷

¹⁰¹ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 35

¹⁰² vgl. Marschütz, 2016, S. 285

¹⁰³ vgl. Marschütz, 2016, S. 286

¹⁰⁴ vgl. Frieß, 2012, S. 61

¹⁰⁵ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 35

¹⁰⁶ vgl. Frieß, 2012, S. 61

¹⁰⁷ vgl. Belgisches Staatsblatt, 2002, Kapitel 2, Artikel 3 §2

Erstmals auch gesetzlich geregelt sind Fälle, bei denen sich der Patient noch nicht direkt in der Sterbephase befindet.¹⁰⁸ In Artikel 3, §3 ist für den Fall, dass der Sterbewunsch bei einem Patienten ohne absehbaren Todeseintritt besteht, geregelt, dass dieser von einem zweiten Konsiliararzt zu begutachten ist, welcher unabhängig gegenüber dem Patienten, dem behandelnden Arzt und dem ersten konsultierenden Arzt ist. Diese zweite Konsultation kann entweder von einem Hausarzt, einem Psychiater oder einem Facharzt für die betreffende Erkrankung vorgenommen werden. Zusätzlich muss zwischen der schriftlichen Bitte des Patienten und der Durchführung der Sterbehilfe mindestens ein Monat vergangen sein.¹⁰⁹ Dies ist beispielsweise besonders für demente oder psychisch erkrankte Menschen von Bedeutung. Artikel 3, §4 beschreibt das Verfahren mit schriftlichen Patientenverfügungen, welche besonders im Falle eines Unfalls oder anderen akuten irreversiblen Erkrankungen, welche zu Bewusstseinslosigkeit führen, von Bedeutung sind. Wie in Artikel 4 des Sterbehilfegesetzes festgelegt, kann in einem solchen Fall straffrei Sterbehilfe von einem Arzt geleistet werden. Ebenso wie in den Niederlanden sind die Sterbehilfefälle sorgfältig zu dokumentieren (Vorgeschichte und Durchführung) und an eine Überwachungs- und Evaluierungskommission zu melden. Die zugehörigen Vorgänge sind in Artikel 5 bis 13 beschrieben. In Artikel 15 ist die Einordnung des Todes durch gesetzeskonforme aktive Sterbehilfe oder gesetzeskonformen assistierten Suizid als natürliche Todesursache geregelt. Dies hat den Hintergrund, dass so die Lebens- und Risikoversicherungen des Patienten ohne weiteres an die Hinterbliebenen ausbezahlt werden.¹¹⁰

2.3 Luxemburg

Im Dezember 2008 verabschiedete schließlich auch Luxemburg mit knapper Mehrheit ein Sterbehilfegesetz. Unheilbar Kranke können seit diesem Zeitpunkt legal aktive Sterbehilfe durch einen Arzt in Anspruch nehmen. Der Sterbewunsch muss ernstlich sein und schriftlich geäußert werden. Wie auch in Belgien und in den Niederlanden muss ein zweiter Konsiliararzt hinzugezogen werden. Die Praxis und die Sorgfaltskriterien orientieren sich ebenso an den belgischen und niederländischen Kriterien.¹¹¹

Ein erwähnenswertes Detail bei der Legalisierung der Sterbehilfe in Luxemburg ist, dass für die Verabschiedung des Gesetzes zunächst eine Verfassungsänderung vorgenommen werden musste. Großherzog Henri, welcher ein gläubiger katholischer Christ ist, gab vorab bekannt,

¹⁰⁸ vgl. Frieß, 2012, S. 61

¹⁰⁹ vgl. Belgisches Staatsblatt, 2002, Kapitel 2, Artikel 3 §3

¹¹⁰ vgl. Frieß, 2012, S. 61 f.

¹¹¹ vgl. Frieß, 2012, S. 62

dass er nicht bereit dazu ist ein solches Gesetz zu unterzeichnen. Als Reaktion darauf änderte das Parlament die Verfassung und entmachtete damit das Staatsoberhaupt an diesem Punkt. Fortan darf der Großherzog Gesetze nur noch verkündigen und nicht mehr billigen.¹¹²

2.4 Schweiz

In der Schweiz ist aktive Sterbehilfe verboten. Durch die Artikel 111-117 des Schweizer StGB werden das Leben, als das höchste Rechtsgut, und das Allgemeininteresse am Fremdtötungsverbot geschützt. Jedoch kann der Lebensschutz im Rechtsstaat nicht absolut gelten und somit stehen dem Staat und der Privatperson in Extremfällen Eingriffe zu.¹¹³ „*Auch der Schutz des Trägers des Rechtsgutes Leben vor sich selbst ist durch das Selbstbestimmungsrecht in Fällen der Behandlungsverweigerung, des Suizids und der indirekten Sterbehilfe beschränkt.*“¹¹⁴ Im Falle von Krankheit wird dann der Schutz der Menschenwürde als Akzeptanzkriterium für einen Sterbewunsch und die Hilfe der Leidensbeendigung betrachtet. Die Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt und somit nicht strafbar. Die im vorhinein genannten Bestimmungen wurden bis heute jedoch nicht auf die aktive Sterbehilfe übertragen, da die Frage ungeklärt ist, ob der Selbstbestimmung oder dem Schutz des Lebens Vorrang zu geben ist.¹¹⁵

Im Strafgesetzbuch der Schweiz heißt es in Artikel 115¹¹⁶, dass Anstiftung zum Selbstmord oder Hilfeleistung beim Selbstmord aus selbstsüchtigen Beweggründen mit einer bis zu fünfjährigen Freiheitsstrafe bzw. einer Geldstrafe geahndet wird. Dieser Artikel des Schweizer StGB lässt ableiten, dass prinzipiell Sterbehilfe in Form von einem assistierten Suizid gestattet ist, solange diese nicht durch selbstsüchtige Beweggründe motiviert ist.¹¹⁷ Suizid und damit einhergehend auch die Beihilfe zum Suizid sind in der Schweiz keine Strafbestände, da es keine Lebenspflicht gibt. Durch Artikel 115 StGB will der Gesetzgeber vor Missbräuchen schützen. Beispielsweise darf nach Artikel 115 StGB eine Tochter ihrer Mutter nicht zum Tod verhelfen, wenn für diese dadurch erbliche Vorteile entstehen. Aufgrund dieser Einschränkung entstanden in den 80er-Jahren Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz. Zwei dieser Sterbehilfeorganisationen werden später in diesem Unterkapitel vorgestellt.¹¹⁸

Um nicht nach Artikel 128 des Schweizer StGB wegen unterlassener Hilfeleistung verurteilt zu werden, muss vom Suizidenten eine klare Willensäußerung gegeben sein. In der Schweiz wird

¹¹² vgl. Frieß, 2012, S. 62

¹¹³ vgl. Frieß, 2012, S. 48

¹¹⁴ Frieß, 2012, S. 48

¹¹⁵ vgl. Frieß, 2012, S. 48

¹¹⁶ vgl. Bundesversammlung der Schweizer Eidgenossenschaft, 1937, Art. 115

¹¹⁷ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 36 f.

¹¹⁸ vgl. Frieß, 2012, S. 49

durch Zuordnung der Tatherrschaft der Suizid von der aktiven Sterbehilfe unterschieden. Tatherrschaft wird dabei weit gefasst. Wird einem gelähmten Sterbewilligen beispielsweise eine tödliche Substanz eingeflößt, zählt dies als Beihilfe zum Suizid, solange dieser die Möglichkeit hat, die Substanz wieder auszuspucken.¹¹⁹

Im Jahr 1995 erklärte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in einer ihrer Richtlinien, dass der assistierte Suizid keine ärztliche Aufgabe sei. Unter anderem durch die zunehmende Bedeutung der Patientenautonomie wurde diese Richtlinie bis zum Jahr 2004 neu modifiziert. Schließlich wurden die Richtlinien „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ im genannten Jahr publiziert.¹²⁰ Die SAMW, als auch die Bundesärztekammer, stellen fest, dass die Aufgaben von Ärzten in der Heilung, Linderung und Begleitung von Patienten bestehen. Nicht zu verachten ist allerdings die Selbstbestimmung des Patienten, die den Arzt, beispielsweise durch die Bitte um Hilfe bei der Beendigung seines Lebens, in eine Konfliktsituation bringen kann. Im Gegensatz zur Bundesärztekammer gesteht die SAMW den Ärzten zu, im Einzelfall aufgrund einer „persönlichen Gewissensentscheidung“ der geforderten Bitte Hilfe zu leisten.¹²¹ Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin des Schweizer Bundesamt für Gesundheit hat im Oktober 2006 Sorgfaltskriterien veröffentlicht, welche im Umgang mit Suizidbeihilfe beachtet werden sollen. Darin werden folgende Mindestforderungen angeführt, welche für eine ethisch legitime Suizidbeihilfe überprüft, erfüllt und dokumentiert werden müssen:

- Die Person mit Sterbewunsch muss urteilsfähig sein.
- Der Sterbewunsch muss aus einem schweren, krankheitsbedingten Leiden hervorgehen.
- Zeigt sich bei psychisch kranken Menschen die Suizidalität als Ausdruck oder Symptom der Erkrankung, ist keine Suizidbeihilfe zu gewähren.
- Der Sterbewunsch muss dauerhaft und konstant sein.
- Der Sterbewunsch muss frei von äußerem Druck zustande gekommen sein.
- Der Person mit Sterbewunsch müssen alle alternativen Optionen aufgezeigt und gemeinsam mit dieser erwogen und geprüft werden.
- Eine Abklärung muss auf mehrmaligen, persönlichen Kontakt, sowie intensiven Gesprächen beruhen. Eine Abklärung durch einmalige Begegnung oder allein durch Schriftverkehr ist auszuschließen.

¹¹⁹ vgl. Frieß, 2012, S. 49

¹²⁰ vgl. Frieß, 2012, S. 49

¹²¹ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 37

- Es muss eine unabhängige Zweitmeinung eingeholt werden, die zur gleichen Beurteilung der Situation kommt.¹²²

Ein Trend der letzten Jahre ist die immer häufigere Suizidhilfe für Menschen mit meist psychischen oder noch nicht vollständig ausgeprägten diagnostizierten Erkrankungen, welche sich nicht in der letzten Lebensphase befinden und der natürliche Tod nicht zeitlich absehbar ist. Dieses Feld wird weder durch die SAMW noch durch die schweizerischen Gesetze klar geregelt. Ein weiterer Trend ist die Ausweitung der Räumlichkeiten, in denen Sterbehilfeorganisationen handeln dürfen. In vielerlei Pflegeheimen ist es Sterbehilfeorganisationen mittlerweile erlaubt Beihilfe zum Suizid zu leisten, damit die Würde des Sterbenden geachtet wird.¹²³

2.4.1 Sterbehilfeorganisationen

Die anfängliche ärztliche Zurückhaltung, sowie die Regelung durch Artikel 115 des Schweizer StGB, dass Angehörige weitgehend keine Beihilfe zum Suizid leisten dürfen, führte 1982 zur Gründung der Sterbehilfeorganisation „Exit“. Von dieser Organisation spaltete sich 1998 der Journalist und Jurist Ludwig A. Minelli ab und gründete eine zweite Sterbehilfeorganisation mit dem Namen „Dignitas“.¹²⁴

Sechs Organisationen führen aktuell in der Schweiz die Beihilfe zur Selbsttötung durch. Diese Organisationen handeln nach eigenen Aussagen uneigennützig, sind jedoch sehr umstritten: Dignitas, Exit Deutsche Schweiz, Exit A. D. M. D. Suisse romande, Ex international, Eternal Spirit und LL Exit.¹²⁵

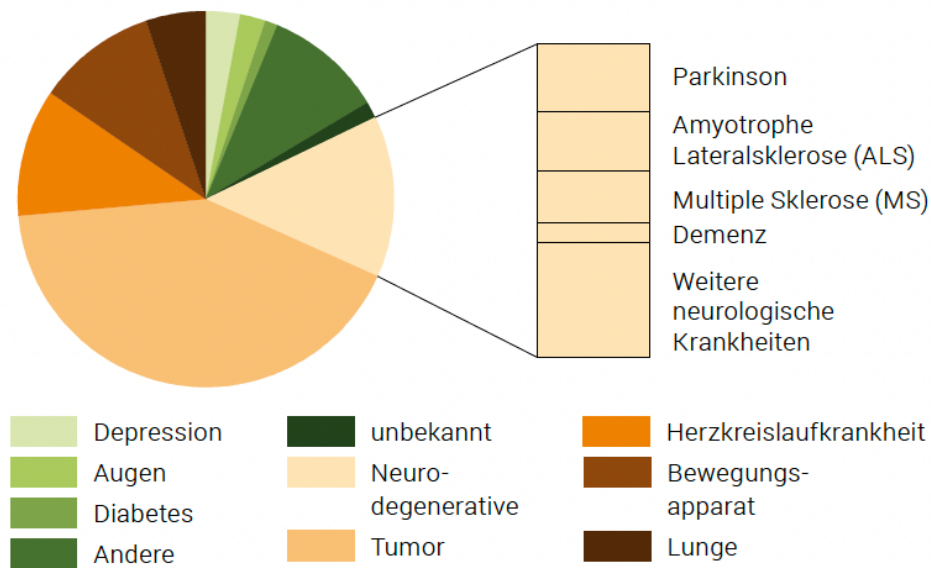
Das Schweizer Bundesamt für Statistik (BFS) veröffentlichte im Oktober 2016 (letzte Aktualisierung: November 2017) eine Todesursachenstatistik über das Jahr 2014. Demnach starben im Jahr 2014 1029 Personen (754 Männer, 275 Frauen) in der Schweiz durch Suizid. Davon wurde bei 742 Personen Sterbehilfe geleistet. Dies entspricht 1,2% aller Todesfälle in der Schweiz. Zwischen 2010 und 2014 waren 94% der Personen, welche Sterbehilfe in Anspruch nahmen, 55 Jahre oder älter. Nur ein halbes Prozent der Fälle betraf unter 35-Jährige. Bei Männern und Frauen ist die Altersverteilung ähnlich, jedoch nehmen ab dem 45. Lebensjahr mehr Frauen Sterbehilfe in Anspruch. Der Unterschied wächst mit zunehmendem Alter.

¹²² vgl. Schweizer Bundesamt für Justiz, 2006, S. 4-6

¹²³ vgl. Frieß, 2012, S. 52

¹²⁴ vgl. Frieß, 2012, S. 50

¹²⁵ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 37, Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2016



Bei 98,5% der Fälle wurde eine Begleitkrankheit angegeben.

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© BFS 2016

Abbildung 3: Krankheiten bei assistiertem Suizid, Periode 2010-2014

Auf Abbildung 3 lässt sich ein ähnliches Bild erkennen, wie beim Jahresbericht der Niederlande. Bei 42% der Sterbehilfefälle war zwischen den Jahren 2010 und 2014 als Grunderkrankung Krebs gemeldet worden. Bei 14% der Fälle handelte es sich um eine neurodegenerative Krankheit (z.B. Demenz, MS oder Parkinson) und bei 11% der Fälle um eine Herz-Kreislaufkrankheit. 10% der Fälle beantragten Sterbehilfe aufgrund einer Krankheit des Bewegungsapparates. Weiters gibt es eine Gruppe mit unterschiedlichen anderen Krankheiten und bei 3% der Fälle wurde Depression genannt. Demenz findet sich mit 0,8% in der genannten Periode.¹²⁶

Die durchschnittliche Zahl der begangenen Suizide pro Jahr liegt in der Schweiz bei ca. 1350 Menschen. Schätzungsweise liegt die Zahl der Suizidversuche um das 10- bis 50-fache höher. Sterbehilfeorganisationen spielen besonders bei schwer kranken Menschen eine positive Rolle. 80% jener Patienten, welche die Möglichkeit der Sterbehilfe von einem schweizerischen Arzt zugesichert bekommen haben, nehmen diese dann doch nicht in Anspruch. Die Zusicherung allein, im Ernstfall das tödliche Medikament auf Wunsch zu erhalten, wirkt auf den Großteil der Patienten so beruhigend, dass auch die Sterbephase ohne assistierten Suizid durchgestanden wird.¹²⁷

¹²⁶ vgl. Bundesamt für Statistik (Schweiz), 2016, S. 1-2

¹²⁷ vgl. Frieß, 2012, S. 50

Im Jahr 2021 führte die Organisation Dignitas insgesamt 212 Sterbebegleitungen durch. Nur 15 Suizidenten kamen dabei aus der Schweiz. Der Großteil der Suizidenten kam aus Frankreich (45 Personen), Deutschland (34 Personen), Israel (31 Personen), Italien (26 Personen) und Großbritannien (23 Personen). 5 der Suizidenten kamen aus Österreich.¹²⁸

Neben Dignitas können Ausländer außerdem bei den Schweizer Sterbehilfeorganisationen Ex internationale und Eternal Spirit begleiteten Suizid begehen. Wesentlich bekannter ist die Organisation Exit, die jedoch nur in der Schweiz lebenden Mitgliedern offensteht. Aktuell (Stand Ende 2021) hat die Organisation Exit rund 142.000 Mitglieder. Im Jahr 2021 führte Exit 973 Sterbebegleitungen durch. Das Durchschnittsalter der Suizidenten beträgt 78,2 Jahre. Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr aktuell 45CHF (rund 46€).¹²⁹ Erst nach mindestens drei Jahren Mitgliedschaft steht dem Mitglied, bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien, eine kostenfreie Freitodbegleitung zu. Diese Freitodbegleitung umfasst neben der eigentlichen Begleitung eine teils sehr lange vorhergehende palliative und psychische Betreuung.¹³⁰

Nach Angaben von Ludwig Minelli von der Organisation Dignitas, welche in einem Gespräch mit Michael Frieß getätigt wurden, nehmen interessierte Menschen von sich aus Kontakt mit der Sterbehilfeorganisation auf. Dignitas begutachtet dann die Krankheitsbilder und sendet den Fall anschließend zu einem schweizerischen Arzt, der die Prognose überprüft und dann ein Rezept zur Ausstellung des Medikaments zusichert. Ist der Arzt dazu bereit, dass Medikament zu verschreiben, wird das Mitglied darüber informiert, dass eine Begleitung an sich möglich ist. Eine hohe Zahl, nämlich ca. 80% der „genehmigten“ Antragsteller, machen jedoch keinen Gebrauch von der Sterbebegleitung. Für die Begleitung von ausländischen Suizidenten hat die Sterbehilfeorganisation Dignitas eine Wohnung in Zürich angemietet. Am Tag der Sterbebegleitung führt Gründer Ludwig Minelli zuerst in seinem Büro ein Gespräch mit dem Suizidenten über den geplanten Ablauf und erledigt alle Verwaltungspflichten. Danach wird der Patient zur genannten Wohnung gebracht und freiwillige Sterbehelfer prüfen erneut, ob tatsächlich ein Sterbewille vorliegt. Laut Minelli legt Dignitas großen Wert darauf, dass der Suizident von Angehörigen begleitet wird. Diese können nach dem Suizid nachbetreut werden.¹³¹

Ludwig Minelli sieht in Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, nämlich dem „Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens“¹³², die Verpflichtung des Staates „[...] *das Recht des Bürgers auf freien Suizid zu schützen und Hilfestellungen zu geben.*“¹³³ Gestützt

¹²⁸ vgl. DIGNITAS, 1998-2021

¹²⁹ vgl. EXIT, 2021

¹³⁰ vgl. Frieß, 2012, S. 50

¹³¹ vgl. Frieß, 2012, S. 50 f.

¹³² vgl. European Court of Human Rights, S. 11

¹³³ Frieß, 2012, S. 51

wird diese Aussage zusätzlich durch den ehemaligen Präsidenten des Europäischen Gerichtshof Luzius Wildhaber, welcher ebenso den Verzicht auf das Leben als Recht sieht, welches dem Schutz des Privatlebens zuzuordnen ist. Mit Ausnahme des Vatikans gibt es in allen anderen nationalen Gesetzen europäischer Länder keinen Strafbestand Suizid.¹³⁴

2.5 Zusammenschau

In den Niederlanden wird sowohl die freiwillige, die nicht-freiwillige als auch die unfreiwillige aktive Sterbehilfe praktiziert. Obwohl die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid in den Niederlanden gesetzlich verboten ist, wird diese dennoch offiziell geduldet. Damit ist gemeint, dass unter bestimmten Bedingungen von einer Strafverfolgung abgesehen wird, um die Dunkelziffer von Sterbehilfefällen unter Kontrolle zu bekommen. Seit dem Jahr 2002 regelt das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung die genannten Formen der Sterbehilfe und legitimiert diese unter bestimmten Bedingungen. In den Niederlanden, als auch in anderen Staaten in denen Sterbehilfe legalisiert wurde, gelten sogenannte Sorgfaltskriterien, welche zur legalen Durchführung der Sterbehilfe gegeben sein müssen. Hierzu zählen Bedingungen wie beispielsweise Freiwilligkeit des Patienten, reife Überlegung und unerträgliches Leid ohne Aussicht auf eine andere Lösung. Nach durchgeführter Sterbehilfe wird von einer eigenen Kontrollkommission die Einhaltung der Sorgfaltskriterien kontrolliert.

Ebenso wie in den Niederlanden wurde auch in Belgien im Jahr 2002 ein als sehr liberal geltendes Sterbehilfegesetz verabschiedet, welches die Tötung auf Verlangen regelt. Zusätzlich zu den niederländischen Sorgfaltskriterien kommt in Belgien die Pflicht hinzu, Patienten über palliative Möglichkeiten aufzuklären und zwischen den Beratungsgesprächen eine dem Krankheitsverlauf angemessene Pause verstreichen zu lassen.

Ende 2008 wurde in Luxemburg ein Sterbehilfegesetz verabschiedet, welches aktive Sterbehilfe für unheilbar Kranke legalisiert. Auch die luxemburgischen Sorgfaltskriterien orientieren sich an denen der Niederlande und Belgien.

In der Schweiz ist aktive Sterbehilfe gesetzlich verboten, jedoch die Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Der assistierte Suizid darf nicht durch selbstsüchtige Beweggründe motiviert sein, wie z.B. Erbe. Wie auch in den bereits zuvor genannten Ländern wurden in der Schweiz Sorgfaltskriterien als Mindestanforderungen für die Suizidbeihilfe festgelegt. Immer häufiger betrifft der assistierte Suizid in der Schweiz Menschen, die an psychischen und noch nicht vollständig ausgeprägten Krankheiten leiden. Dies ist gesetzlich

¹³⁴ vgl. Frieß, 2012, S. 51

unklar geregelt. Ethisch fraglich ist außerdem die räumliche Ausdehnung des Handelns von Sterbehilfeorganisationen, wie z.B. in Pflegeheimen.

In der Schweiz gibt es derzeit sechs, nach eigenen Angaben uneigennützige, Sterbehilfeorganisationen. Eine Statistik der Sterbehilfeorganisation Dignitas zeigt, dass nur etwa 30% der Suizidenten, welche im Jahr 2021 von Dignitas begleitet wurden, direkt aus der Schweiz kommen. Am häufigsten nehmen Franzosen und Deutsche die Dienste der Organisation in Anspruch. Ist ein Mensch an den Diensten von Dignitas interessiert, muss dieser mit der Organisation Kontakt aufnehmen und seine Krankheitsbilder schildern. Dignitas überprüft diese und sendet diese zur Überprüfung weiter an einen schweizer Arzt. Ist demnach alles in Ordnung, stellt der Arzt das Rezept für das tödliche Medikament aus. Wird der Entschluss gefasst den assistierten Suizid durchzuführen, müssen vorab ein Gespräch über den geplanten Ablauf geführt und alle Verwaltungspflichten erledigt werden. Anschließend wird das Medikament von einem Sterbehelfer zum Patienten gebracht und nochmals der Sterbewille überprüft. Bestenfalls wird der Suizident von Angehörigen begleitet.

Eine weitere bekannte Sterbehilfeorganisation namens Exit, steht nur für in der Schweiz lebende Mitglieder offen. Eine Freitodbegleitung von Mitgliedern der Organisation steht diesen frühestens nach drei Jahren Mitgliedschaft zu. Zusätzlich zur Freitodbegleitung umfasst die Begleitung von Exit auch palliative und psychische Betreuung.

Zu hinterfragen ist, ob und inwiefern die Sterbehilfeorganisationen tatsächlich uneigennützig arbeiten. Ebenso ist es, wie am Beispiel der Niederlande erwähnt, fraglich, ob durch die Legitimierung einer oder mehrerer Formen von Sterbehilfe tatsächlich Missbrauch verhindert oder zumindest wesentlich minimiert werden kann. Genügen die Sorgfaltskriterien, um nicht verhältnismäßige Suizidbitten oder Kurzschlussreaktionen auszuschließen? Werden die Sorgfaltskriterien dementsprechend streng umgesetzt und eingehalten? Außerdem bleibt die Frage, ob die gesetzliche Legalisierung von Sterbehilfe die Hemmschwelle reduziert, unfreiwillige oder nicht-freiwillige Sterbehilfe durchzuführen.

3 Das österreichische Sterbeverfügungsgesetz

Mit 11. Dezember 2020 wurde die bisherige Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid vom österreichischen Verfassungsgerichtshof (VfGH) als verfassungswidrig erklärt. Mit 01.01.2022 ist in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), BGBl. I Nr. 242/2021, in Kraft getreten, welches die rechtlichen Voraussetzungen für den assistierten Suizid regelt.¹³⁵ Neben dem Sterbeverfügungsgesetz gibt es eine Sterbeverfügungspräparate-Verordnung (StVf-Präp-V), BGBl. II Nr. 16/2022, welche Informationen zu Präparat, Dosierung und Einnahmeform enthält. Grundlage für die Umsetzung des Sterbeverfügungsgesetzes und den Ausbau der Hospiz- und Palliativbetreuung sind die Achtung der Menschenwürde und der Respekt vor dem Leben, sowie das Grundrecht auf Selbstbestimmung. *„Die Konfrontation mit dem nahenden Sterben ist für schwerkranke Menschen oft geprägt von Angst vor Schmerz und der Sorge vor der Abhängigkeit von anderen Menschen. Sterbende und Angehörige brauchen gerade in dieser Lebensphase Rechtssicherheit, Angebote der Beratung und Begleitung und ein ausgebautes Angebot der Hospizbetreuung und Palliativversorgung.“*¹³⁶ Das Bundesministerium für Justiz hält fest, dass mit der Gesetzesänderung in Bezug auf den assistierten Suizid auch ein erheblicher Ausbau des Hospiz- und Palliativwesens von schwerstkranken Menschen österreichweit einhergeht.

3.1 Sterbeverfügung

Durch das Sterbeverfügungsgesetz wird geregelt, unter welchen Voraussetzungen assistierter Suizid in Österreich möglich ist. Die Bundesregierung möchte mittels des Instruments der Sterbeverfügung ein selbstbestimmtes Sterben in Würde ermöglichen und den sterbewilligen Personen, sowie den hilfeleistenden Personen, einen rechtlich sicheren Rahmen bieten. Ebenso soll damit der notwendige Schutz vor Missbrauch sichergestellt werden.

Die Sterbeverfügung geht aus dem Instrument der Patientenverfügung hervor.¹³⁷ Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willensbekundung eines einwilligungsfähigen Menschen über dessen Behandlungswünsche in medizinischen Belangen.¹³⁸ Die Sterbeverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden und gilt als Willenserklärung, dass sich eine sterbewillige Person aus freiem, selbstbestimmten und dauerhaftem Entschluss für die Option des assistierten Suizids entschieden hat.¹³⁹ Die Kosten,

¹³⁵ vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

¹³⁶ Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

¹³⁷ vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

¹³⁸ vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 54

¹³⁹ vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

die durch die Errichtung der Sterbeverfügung entstehen, sind von der sterbewilligen Person zu tragen. Hierzu zählen die Kosten der ärztlichen Aufklärung, die Errichtung der Sterbeverfügung und das Präparat. Jede auf Dauer schwerkranke oder unheilbar kranke Person kann eine solche Sterbeverfügung errichten, sofern sie volljährig und entscheidungsfähig ist und entweder österreichischer Staatsbürger ist oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hat (§6 StVfG). In der Sterbeverfügung können sowohl eine als auch mehrere Hilfe leistende Person(en) angegeben werden, welche ebenso volljährig und entscheidungsfähig sein muss/müssen. Diese darf der sterbewilligen Person bei der Durchführung der Lebensbeendigung unterstützen. Unter Hilfeleistung sind jene Handlungen zu verstehen, die für eine erfolgreiche Selbsttötung kausal sind (z.B. das Präparat von der Apotheke holen). Die Hilfe leistende Person darf jedoch keine lebensbeendenden Maßnahmen durchführen. Diese lebensbeendenden Maßnahmen (etwa Einnahme des Präparats) müssen von der sterbewilligen Person selbst durchgeführt werden. Personen, welche zwar entscheidungsfähig sind, jedoch den auslösenden Schritt nicht (mehr) selbst setzen können, können keinen rechtlich erlaubten assistierten Suizid wahrnehmen. Während die Aufklärung durch einen Arzt, sowie dessen Mitwirkung an der Errichtung der Sterbeverfügung nicht unter Hilfeleistung fällt, zählt die Abgabe des Präparats durch einen Apotheker bereits als Hilfeleistung. Gespräche mit der sterbewilligen Person, also psychischer Beistand, zählen ebenso nicht als Hilfeleistung, sofern dabei nicht zur Selbsttötung verleitet wird und assistierter Suizid nicht beworben wird.¹⁴⁰

Gemäß §10 StVfG ist eine Sterbeverfügung so lange wirksam, bis sie entweder von der sterbewilligen Person widerrufen wird oder nach Ablauf eines Jahres nach der Errichtung. Der Widerruf gilt bereits ab dem Zeitpunkt, wo die sterbewillige Person einer anderen Person die Widerrufsabsicht mitteilt. Zu Beweis Zwecken wird empfohlen, dies auch bei der Person zu melden, die die Sterbeverfügung dokumentiert hat. Die originale Sterbeverfügung und die Kopie dieser müssen dabei vernichtet werden und der Widerruf wird in das Sterbeverfügungsregister eingetragen.¹⁴¹

Um eine Sterbeverfügung zu errichten und damit den dauerhaften, freien und selbstbestimmten Willensentschluss einer betroffenen Person sicherzustellen, sieht das Gesetz einen klar definierten Prozess vor. Im Mittelpunkt steht dabei die ärztliche Aufklärung, da nur mit entsprechendem Wissen ein freier und selbstbestimmter Willensentschluss gefasst werden kann. Der gesetzliche Prozess nach §7 und §8 StVfG sichert folgendes ab:

- Aufklärung durch zwei Ärzte, wovon einer eine palliative Qualifikation haben muss

¹⁴⁰ vgl. BMSGPK, 2022, S. 5-7

¹⁴¹ vgl. BMSGPK, 2022, S. 7 f.

- Von beiden Ärzten muss unabhängig voneinander bestätigt werden, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und den Entschluss frei und selbstbestimmt getroffen hat. Kein Arzt ist dazu verpflichtet eine im Sterbeverfügungsgesetz vorgesehene ärztliche Aufklärung durchzuführen.
- Zweifelt ein Arzt an der Entscheidungsfähigkeit des Patienten, muss ein Psychiater oder Psychologe hinzugezogen werden und diese neu beurteilen.
- Zur Sicherstellung der Dauerhaftigkeit des Entschlusses muss eine Frist von 12 Wochen (Dauer die laut Suizidforschung benötigt wird, um Krisenphasen zu überwinden) zwischen der ärztlichen Aufklärung und der Errichtung der Sterbeverfügung eingehalten werden.
- Befindet sich eine sterbewillige Person bereits in der terminalen Phase (kurze verbleibende Zeitspanne bis zum Tod), wird die Frist auf zwei Wochen verkürzt, um auch diesen Personen den assistierten Suizid bei Bedarf zu ermöglichen.
- Nach Ablauf der Frist kann die Sterbeverfügung entweder bei einem Notar oder bei einem Patientenanwalt errichtet werden. Diese wird in ein eigenes Register eingetragen.¹⁴²

Die ärztliche Aufklärung muss einige vorgegebene Mindestinhalte umfassen. Zum einen müssen mögliche Behandlungs- oder Handlungsalternativen erklärt werden. Dies beinhaltet beispielsweise Hospizversorgung, Palliativmedizin oder Möglichkeit der Erstellung einer Patientenverfügung. Weiters muss die Dosierung des Präparats und die für dessen Verträglichkeit notwendige Begleitmedikation festgelegt werden. Ebenfalls sind die Art der Einnahme des Präparats und die Auswirkungen, sowie mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen zu besprechen. Der Arzt muss einen Hinweis darauf geben, dass lebensrettende Behandlungen mittels einer Patientenverfügung abgelehnt werden können. Ebenso muss der Arzt darauf hinweisen, dass es konkrete Angebote für psychotherapeutische Gespräche und suizidpräventive Beratungen gibt. Je nach konkretem Fall sollen Hinweise auf weitere zielführende Beratungsangebote angegeben werden.¹⁴³

Die Sterbeverfügung soll neben der Festlegung des Sterbewillens auch Rechtssicherheit für die hilfeleistende Person schaffen und vor Missbrauch schützen.

Durch die Sterbeverfügung ist es Personen mit Sterbewunsch möglich, ein zum Tod führendes Präparat aus der Apotheke zu holen und dann im privaten Rahmen einzunehmen. Kann eine sterbewillige Person etwa aufgrund von Bettlägerigkeit das Präparat nicht mehr selbst abholen,

¹⁴² vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

¹⁴³ vgl. BMSGPK, 2022, S. 11-14

kann in der Sterbeverfügung eine abholberechtigte Person angegeben werden. Auch eine Zustellung durch die Apotheke ist möglich.

Durch eine Gewissensklausel wird die Freiwilligkeit aller Beteiligten sichergestellt, denn niemand ist verpflichtet eine Hilfeleistung anzubieten oder durchzuführen. So können beispielsweise auch Apotheker die Abgabe des Präparats verweigern. Andererseits darf niemand benachteiligt werden, der dies tut. Alle Hilfsmaßnahmen sind freiwillig und es gilt ein Diskriminierungs- und Benachteiligungsverbot.

Wie bereits erwähnt, werden Sterbeverfügungen in ein eigenes Register des Gesundheitsressorts eingetragen. Das Sterbeverfügungsregister (StVReg) wird elektronisch geführt und dient der Verhinderung von Missbrauch, der Dokumentation und der Nachvollziehbarkeit, wie oft assistierter Suizid tatsächlich in Anspruch genommen wird. Eine Zugangsberechtigung für das Sterbeverfügungsregister erhalten Ärzte, Notare, rechtskundige Mitarbeiter einer Patientenvertretung, Apotheker und Totenbeschauärzte.¹⁴⁴

Mit der Einführung des Sterbehilfegesetzes gehen auch Verbote einher. Der assistierte Suizid darf weder beworben werden, noch dürfen daraus wirtschaftliche Vorteile gezogen werden. Der §78 des österreichischen StGB gibt vier Fälle an, unter denen „Mitwirkung an der Selbsttötung“ strafbar bleibt: bei Minderjährigen, aus verwerflichen Beweggründen, bei Personen ohne schwere, dauerhafte Krankheit und bei fehlender vorhergehender ärztlicher Aufklärung.¹⁴⁵ Das Werbeverbot ist in §12 StVfG normiert und verbietet ein Werben mit der Hilfeleistung. „Das Werbeverbot umfasst Werbung, die eigene oder fremde Hilfeleistung oder Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt oder anpreist.“¹⁴⁶ Ebenso ist es verboten sterbewilligen Personen eine Hilfeleistung anzubieten oder diese durchzuführen, wenn dafür wirtschaftliche Vorteile versprochen oder angenommen werden. Eine Ausnahme des Werbeverbots ist das darauf hinweisen auf die Möglichkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung. Nach §12 StVfG ist in jedem Fall zulässig der Hinweis

- von ärztlichen Personen und der österreichischen Notariatskammer ob/wo eine nach §7 StVfG geregelte Aufklärung angeboten wird,
- von dokumentierenden Personen, der österreichischen Notariatskammer und den Patientenvertretungen, dass durch diese Dokumentationen von Sterbeverfügungen vorgenommen werden bzw. wo eine solche vorgenommen werden kann,

¹⁴⁴ vgl. BMSGPK, 2022, S. 9

¹⁴⁵ vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

¹⁴⁶ §12 StVfG

- von Apotheken und der österreichischen Apothekerkammer, ob/wo das Präparat unter den Bedingungen des §11 StVfG abgegeben wird.

3.2 Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung

Aufgrund der steigenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Menschen vom Kinder- bis zum Seniorenalter gewinnt die Hospiz- und Palliativversorgung immer mehr an Bedeutung. Neben der Einführung der Möglichkeit der Sterbeverfügung ist ein weiteres Ziel des Bundes eine flächendeckende und bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativversorgung zu sichern. Hierfür sollen bestehende Versorgungsangebote gesichert und neue Angebote auf- und ausgebaut werden. Dabei gilt es bestimmte Qualitätskriterien zu beachten. Empfehlungen der parlamentarischen Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ werden mittels dieses Gesetzesentwurfs umgesetzt und angesichts der neuen gesetzlichen Grundlage wurde ein Hospiz- und Palliativfond eingerichtet.¹⁴⁷

Bis zum Jahr 2021 standen 6 Millionen Euro vom Bund jährlich für Hospiz- und Palliativeinrichtungen zur Verfügung. Bei einer Abstimmung des Nationalrats wurde beschlossen, dass von 2022 bis 2024 eine Regelfinanzierung für die Hospiz- und Palliativversorgung mit jährlich aufsteigenden Zweckzuschüssen bereitgestellt wird.¹⁴⁸ Die Finanzierung teilt sich je zu einem Drittel auf Bund, Land und Träger der Sozialversicherung auf. Im Jahr 2022 standen 21 Millionen Euro zur Verfügung. Im Jahr 2023 soll der Zuschuss 36 Millionen Euro und im Jahr 2024 schließlich 51 Millionen Euro betragen. Ab dem Jahr 2025 soll eine jährliche Aufwertung des Zweckzuschusses stattfinden. Durch die finanzielle Unterstützung soll es für alle betroffenen Personen sichergestellt sein, dass diesen ein entsprechendes Hospiz- und Palliativangebot geboten werden kann. Die Zweckzuschüsse sollen in bedarfsgerechte Angebote, sowohl für Erwachsene als auch für Kinder, investiert werden. Hierzu zählen mobile (Kinder-)Palliativteams, mobile (Kinder-)Hospizteams, stationäre (Kinder-)Hospize und Tageshospize. Die von den Einrichtungen bereitgestellten Unterstützungsleistungen müssen für Patienten und deren Angehörigen erreichbar und leistbar angeboten werden. Auch die Freiwilligenarbeit bildet eine wertvolle Stütze für alle Betroffenen. Die Umsetzung soll unter dem Motto „Selbstbestimmt leben mit Würde“ geschehen.¹⁴⁹

¹⁴⁷ vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

¹⁴⁸ vgl. Parlamentskorrespondenz Nr. 173, 2022

¹⁴⁹ vgl. Österreichisches Bundesministerium für Justiz, 2022

3.2.1 Hospiz- und Palliativangebot (Stand 2020)

Seit dem Jahr 2004 gibt es in Österreich ein abgestuftes Hospiz- und Palliativversorgungskonzept. Dieses unterteilt sich in eine Grundversorgung und eine spezialisierte Versorgung.

	Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Einrichtung / Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Aktubereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich, zu Hause	Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten			Tageshospize
	Einfachere Situationen 80% bis 90% der Sterbefälle	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10% bis 20% der Sterbefälle		

Quelle: HOSPIZ Österreich, ÖBIG 2004

Abbildung 4: Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

Die Grundversorgung Hospiz und Palliative Care sollte durch qualifizierte Mitarbeiter in allen Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ...) erfolgen. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung richtet sich hingegen an Patienten und Angehörige, welche sich in komplexen Situationen befinden, und geht über die Grundversorgung hinaus. Folgende Formen umfassen das spezialisierte Versorgungsangebot:

Die Hospizteams bestehen aus ehrenamtlichen Hospizbegleitern und einer hauptamtlichen Koordinationperson. Die Teams stellen mitmenschliche Begleitung in Zeiten von Krankheit, Schmerz, Abschied und Trauer zur Verfügung und können zu Hause, im Krankenhaus oder auch im Pflegeheim in Anspruch genommen werden.¹⁵⁰

Mobile Palliativteams unterstützen die Betreuenden von Palliativpatienten, sowie die Patienten selbst und deren Angehörige. Sie stehen beratend und anleitend zur Seite und unterstützen in den Bereichen Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung. Durch diese Teams soll es den Patienten ermöglicht werden im eigenen zu Hause oder einer ihnen vertrauten Umgebung zu verbleiben.¹⁵¹

¹⁵⁰ vgl. Hospiz Österreich, 2022

¹⁵¹ vgl. Hospiz Österreich, 2022

In Tageshospizen können Palliativpatienten tagsüber außerhalb der gewohnten Umgebung an diversen Aktivitäten teilhaben. Neben psychosozialen und therapeutischen Angeboten kann gemeinsam mit gleichermaßen Betroffenen der Tag gestaltet und Gemeinschaft erlebt werden.¹⁵²

Die Palliativkonsiliardienste sind für die Beratung von Ärzten und Pflegepersonen zuständig, welche Palliativpatienten entweder auf Stationen oder ambulant betreuen.¹⁵³

Befinden sich Palliativpatienten in besonders komplexen Situationen können diese rund um die Uhr in stationären Hospizen betreut werden. Hier steht die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund. Dieses Angebot richtet sich an Patienten, bei welchen keine Behandlung im Krankenhaus oder auf einer Palliativstation medizinisch erforderlich ist, jedoch eine Betreuung zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist. Ärzte sind nur für eine bestimmte Zeitspanne vor Ort, können aber jederzeit angefordert werden. Im Gegensatz zur Palliativstation, wo der Fokus auf Stabilisierung und Entlassung liegt, werden Patienten in stationären Hospizen meist ab einem späteren Krankheitsverlauf bis zum Tod begleitet.¹⁵⁴

Palliativstationen befinden sich entweder in oder im Anschluss an Krankenhäuser. Diese Stationen sind auf die Betreuung von Palliativpatienten spezialisiert und zielen darauf ab, Symptome zu lindern und Patienten weitestgehend zu stabilisieren. Patienten in Palliativstationen sollen durch die Behandlung wieder nach Hause oder in eine andere angemessene Einrichtung entlassen werden können.¹⁵⁵

Im Dezember 2021 wurde der letzte Jahresbericht¹⁵⁶ der Hospiz Österreich über alle Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich veröffentlicht.

Im Jahr 2020 gab es österreichweit 357 spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene. Die Abbildung unterhalb zeigt auf, in welche speziellen Einrichtungen sich diese 357 Hospiz- und Palliativangebote unterteilen.

¹⁵² vgl. Hospiz Österreich, 2022

¹⁵³ vgl. Hospiz Österreich, 2022

¹⁵⁴ vgl. Hospiz Österreich, 2022

¹⁵⁵ vgl. Hospiz Österreich, 2022

¹⁵⁶ vgl. Hospiz Österreich, 2021

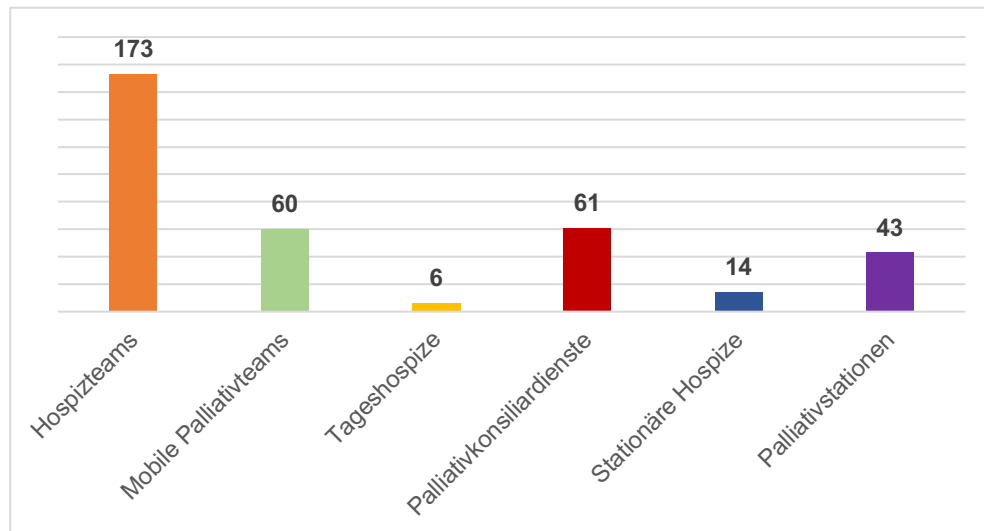


Abbildung 5: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreichs für Erwachsene 2020

Das Durchschnittsalter der durch Hospiz- und Palliativeinrichtungen betreuten Patienten lag im Jahr 2020 zwischen 69,1 und 75,5 Jahren. Bei den Hospizteams und im Tageshospiz überwog 2020 der Frauenanteil. Ansonsten war das Geschlechterverhältnis der betreuten Patienten ausgewogen verteilt. Tumorerkrankungen waren im Jahr 2020 die häufigsten Erkrankungen, weswegen Patienten das Hospiz- und Palliativangebot in Anspruch nehmen mussten.¹⁵⁷

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit der Legitimierung des assistierten Suizids in Österreich auch ein Ausbau des Hospiz- und Palliativangebots einhergeht. Besteht ein breites Hilfsangebot für schwerkranke Menschen sowie Menschen mit Behinderung oder psychischen Krankheiten wird gleichzeitig auch der Druck gesenkt, sich über Sterbehilfe Gedanken machen zu „müssen“ und vor allem auch diese tatsächlich in Anspruch zu nehmen.

3.3 Zahlen zum assistieren Suizid ein Jahr nach Legitimierung in Österreich

Ende des Jahres 2022 wurde in der österreichischen Zeitung „Der Standard“ ein Artikel zu den bisher, ein Jahr nach Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes, errichteten Sterbeverfügungen und den tatsächlich durchgeführten assistierten Suiziden veröffentlicht. Der Artikel bezieht sich auf Angaben des Sozial- und Gesundheitsministeriums, welche auf Anfrage der APA getätigt wurden.

Ein Jahr nach der Neuregelung der Sterbehilfe in Österreich wurden bis zum 30.12.2022 laut Ministerium 111 Sterbeverfügungen errichtet und 90 letale Präparate abgegeben. Die Abgabe der Präparate entspricht jedoch nicht den Sterbefällen durch assistierten Suizid. Laut dem

¹⁵⁷ vgl. Hospiz Österreich, 2021

Bericht kamen im Jahr 2022 „nur“ eine im einstelligen Bereich befindliche Anzahl der abgeholten Präparate zum Einsatz. Auch die Anzahl der retournierten Präparate befindet sich im einstelligen Bereich.¹⁵⁸

3.4 Zusammenschau

Mit 01.01.2022 trat in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz in Kraft, welches den assistierten Suizid regelt. Die Grundlage für die Umsetzung des Sterbeverfügungsgesetzes, sowie den damit einhergehenden Ausbau von Palliativ- und Hospizbetreuung, bilden die Achtung der Menschenwürde, Respekt vor dem Leben und das Grundrecht auf Selbstbestimmung. Durch das Sterbeverfügungsgesetz soll sterbewilligen Personen ein selbstbestimmtes Sterben ermöglicht und gleichzeitig der Schutz vor Missbrauch sichergestellt werden.

Eine Sterbeverfügung ist eine Willenserklärung, mittels welcher bestätigt wird, dass sich eine sterbewillige Person freiwillig, selbstbestimmt und dauerhaft für die Option des assistierten Suizids entschieden hat. Die Sterbeverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Um eine solche Verfügung errichten zu können, muss unter anderem eine dauerhafte, schwere oder unheilbare Krankheit vorliegen. Im Zuge der Sterbeverfügung kann/können eine/mehrere hilfeleistende Person/en angegeben werden. Hilfeleistung meint unterstützende und keine lebensbeendenden Maßnahmen, da diese von der sterbewilligen Person selbst durchzuführen sind. Sterbeverfügungen sind nach der Errichtung, sofern diese nicht früher widerrufen werden, ein Jahr lang gültig. Ähnlich wie in den in Kapitel 2 genannten Ländern, gibt es auch in Österreich einige Sorgfaltskriterien, welche zur Errichtung einer Sterbeverfügung eingehalten werden müssen.

Die Sterbeverfügung schützt neben dem Sterbewillen auch die Rechtssicherheit der hilfeleistenden Person. Eine Gewissensklausel in der Verfügung stellt die Freiwilligkeit aller Beteiligten sicher, da niemand zur Hilfeleistung gezwungen ist. Außerdem gehen mit der Einführung des Sterbehilfegesetzes auch Verbote einher. Der assistierte Suizid darf nicht beworben werden und es dürfen auch keine wirtschaftlichen Vorteile daraus gezogen werden. Um den Druck zu senken, sich über Sterbehilfe Gedanken machen zu „müssen“, geht die Legitimierung des assistierten Suizids mit einem Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung für schwerkranke Menschen, sowie Menschen mit Behinderung und psychischen Krankheiten einher.

Angaben des Sozial- und Gesundheitsministeriums zu Folge beläuft sich die Zahl der Sterbeverfügungen, ein Jahr nach Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes, auf 111 errichtete

¹⁵⁸ vgl. APA, 2022

Verfügungen. Die Anzahl der Fälle, welche innerhalb des ersten Jahres das tödliche Präparat eingenommen haben, liegt im einstelligen Bereich.

Bei genauerer Betrachtung des österreichischen Sterbeverfügungsgesetzes ergeben sich folgende Fragen: Die Wichtigkeit des Ausbaus des österreichischen Palliativ- und Hospizwesens wird in der Diskussion um die Legalisierung des assistierten Suizids laufend betont. Fraglich ist, warum dieses nicht bereits früher ausgebaut wurde, was eventuell auch eine Gesetzesänderung nichtig gemacht hätte. Ebenso ist zu hinterfragen, ob die Sorgfaltskriterien, welche bei der Errichtung einer Sterbeverfügung beachtet werden müssen, in der Praxis auch tatsächlich gewissenhaft umgesetzt werden.

4 Sterbehilfe aus theologischer Perspektive

Seit jeher bereiten Religionen die Menschen auf das Sterben vor. Seien es die Gräber der Steinzeitmenschen oder die imposanten Grabstätten der Ägypter, alle verweisen auf den Glauben an ein Leben nach dem Tod. Diese allerhöchste Wirklichkeit, das Absolute, Gott, ist die eigentliche Heimat und Freiheit des Menschen, in dieser wird der Sinn des Daseins erst vollendet.¹⁵⁹ Doch wozu sind wir Menschen dann überhaupt auf Erden? Was ist der Sinn des Lebens? Der Apostel Paulus beantwortet diese Frage klar im 1. Brief an die Korinther: Wegen der Verkündigung des Evangeliums, welche ihm als Lebensauftrag anvertraut wurde (vgl. 1 Kor 9, 17). Auch wenn dieser Lebensauftrag wie ein Zwang auf Paulus liegt, liegt darin auch die Freiheit des Apostels, von niemanden abhängig zu sein und in seiner Verkündigung allen nahe treten zu können, egal ob Juden oder Heiden, Starke oder Schwache (vgl. 1 Kor 9, 19ff). Trotz Paulus Bewusstseins über seinen Lebensauftrag plagen ihn auch immer wieder Ängste und Zweifel am Lebenssinn, besonders in Zeiten seiner Gefangenschaft (vgl. Röm 7, 15). Bischof Stephan Ackermann wirft folgende Frage auf: *„Wenn Gott, der Schöpfer, uns in seiner Güte dazu bestimmt hat, uns selbst zu überschreiten, um liebende Gemeinschaft mit ihm zu haben, warum braucht es dazu einen Weg über diese Erde, die oft genug bitteres „Tränental“ ist? Warum hat Gott uns nicht gleich in den Himmel¹⁶⁰ hineingeschaffen?“*¹⁶¹ Ackermann antwortet auf diese Frage damit, dass Gott den Menschen diese Gemeinschaft nicht einfach entmündigend überstülpen möchte. Wie durch Jesus gezeigt, möchte Gott die Menschen in Freiheit an seinem Leben teilhaben lassen. Gott möchte niemanden mit Gewalt in dieses Leben zerren oder den Menschen als passives Gegenüber demütigen. Die Freiheit, in welcher der Mensch Gott bejaht, entspricht der Würde des Menschen und in dieser ruht auch der Sinn des irdischen Lebens. Menschen sind auf Erden, um liebende Menschen zu werden. Diese Fähigkeit zu lieben als auch die Sehnsucht nach Liebe sind jedem Menschen von Beginn an ins Herz geschrieben. Gott lässt die Menschen in Freiheit an seiner Schöpfung teilnehmen und diese können damit auch selbst entscheiden, ob sie den Weg der Liebe, mitsamt allen erdenklichen Abzweigungen und Sackgassen, antreten möchten. Die Zeit der Menschen auf Erden ist die Chance, aus eigenem Entschluss für die vollkommene Lebensgemeinschaft mit Gott heranzureifen.¹⁶² Aus religiöser Perspektive erscheint *„[d]er Tod [als] das große Geheimnis: kein Verenden, sondern die Vollendung.“*¹⁶³

¹⁵⁹ vgl. Jens & Küng, 2020, S. 38

¹⁶⁰ Himmel wird hier verstanden als „Gott nah zu sein“ und eine unverstellte Gemeinschaft mit ihm zu haben.

¹⁶¹ Ackermann, 2012

¹⁶² vgl. Ackermann, 2012

¹⁶³ Jens & Küng, 2020, S. 38

Doch selbst wenn diese christliche bzw. generell in den Religionen verankerte Sichtweise die Tatsache das jeder Mensch sterben muss aufzuhellen scheint, bleiben doch viele irdische Umstände, die den Blick auf den Tod ebenso beeinflussen. Zu diesen Umständen zählen andauernde, schwerwiegende und leidvolle Erkrankungen, Behinderungen und auch psychische Leiden. So wie jedem Menschen ein würdevolles Leben zusteht, steht diesem auch ein würdevoller Tod zu. Aus theologisch-ethischer Perspektive ergeben sich dazu Fragen wie: *„Gehört es auch zum menschenwürdigen Sterben, daß der Mensch selber – soweit überhaupt möglich – über Zeitpunkt und Art und Weise des Sterbens befinden kann? Hat gerade nach christlicher Auffassung der Mensch überhaupt das Recht, über Sein oder Nichtsein seines Lebens selber zu verfügen? [...] Dürfen solche [schwerstkranke] Menschen über ihr Leben in diesem [dem Tod unumkehrbar gegenüberstehenden] Stadium verfügen? Gibt es – auch christlich verantwortbar – ein Selbstbestimmungsrecht wie im Leben so auch im Sterben?“*¹⁶⁴

4.1 Historischer Überblick

Das Thema „Euthanasie“ spielt in allen Kulturen weltweit eine Rolle und stellt die Menschen vor ein geistiges und praktisches Problem. Das Phänomen der Aussetzung von altersschwachen und schwer kranken Menschen, sowie die Kindestötung findet sich besonders bei nomadischen Völkern wieder. Die Aussetzung vulnerabler Gruppen war für die Nomaden mitunter eine Überlebensfrage. Die direkten als auch die indirekten Tötungshandlungen wurden teilweise in religiöse Zeremonien eingebunden.

4.1.1 Euthanasie in der Antike

Aus diesem Hintergrund heraus könnten schlussfolgernd die Aufforderungen im Alten Testament zur Ehrung und Achtung der Eltern (Ex 20, 12) verstanden werden. Auch Israel war ein Nomadenvolk und somit mit den Herausforderungen, welche die Alten und Kranken bei Wanderungen bereiteten, vertraut. Nach dem Gebot der Ehrung der Alten kommt direkt das Tötungsverbot (Ex 20, 13). Versteht man unter Tod nicht nur den körperlichen Tod, sondern auch den sozialen Tod, öffnet sich ein latentes Gefälle in Richtung Tötungsverbot, welches mit der Degradierung von Menschenleben zu lebensunwertem Leben einhergeht (z.B. Abschieben der Alten in Ghettos). Taten wie die Aussetzung der Alten, die Kindestötung oder Schwangerschaftsabbruch galten in Israel und für das Judentum als für Heiden typische Untaten.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Jens & Küng, 2020, S. 51 f.

¹⁶⁵ vgl. Eibach, 1988, S. 14 f.

Auch das frühe Christentum hat sich diesem Urteil des Judentums angeschlossen, als es sich in der heidnischen griechischen und römischen Umwelt ausbreitete. Zur Zeit dieser Ausbreitung beeinflusste Platons „eugenisches Programm“ ganz Griechenland sowie das römische Reich. Grundlegender Inhalt dieses Programms von Platon war, dass er den Ärzten empfahl, Menschen mit unzureichender Lebenskraft gar nicht mehr zu behandeln oder zu betreuen, da die Behandlung ohnehin nichts mehr nütze und dies alles nur dem Staat schaden würde.¹⁶⁶ Schwer kranke Menschen, ohne Aussicht auf Besserung, sollten die Ärzte demnach sterben lassen und Menschen mit einer „missratenen“ und nicht mehr heilbaren Seele sollten sogar getötet werden.¹⁶⁷ Sowohl Platon, als auch Aristoteles sind der Überzeugung, dass sich der Wert und die Würde des Einzelnen an seinem Nutzen für den Staat bemessen. Diese Auffassung wurde in der griechischen Klassik geteilt, wo Schönheit und Jugendlichkeit eine entscheidende Rolle spielten. Erst durch den christlichen Einfluss wurde langsam ein Wandel vollzogen. Die Ausrichtung nach Jesus, der sich den Armen, Schwachen und Hilflosen zuwandte und gerade für diese Menschengruppe Gottes Gnade und Hilfe verkündete, der selbst gekreuzigt wurde und großen Anteil am Leid nahm, führte dazu, dass man sich in der Kirche besonders um die Schwächsten annahm. Im 4. Jahrhundert wurde Bischöfen auferlegt Hospitäler zu errichten und darin dauerhaft kranken und schwachen Menschen eine menschenwürdige Betreuung anzubieten, welche sowohl auf das Heil im Himmel als auch auf das irdische Wohl gerichtet ist.¹⁶⁸

Euthanasie wurde also in der Antike auf vielerlei Weisen direkt und indirekt praktiziert. *„Lediglich die hippokratischen Ärzte lehnten aus religiösen Gründen die Abtreibung, die Kindstötung und auch die Beihilfe zur Selbsttötung ab, und sie behandelten auch unheilbar Kranke.“*¹⁶⁹ Die Hippokratiker waren eine kleine esoterische Gruppe von Ärzten, welche in der christlichen Zeit mehr an Bedeutung erlangten, da sie sich gerade hinsichtlich ihrer Weigerung Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten von den stoischen Kollegen unterschieden.¹⁷⁰

Die Begründungen für Euthanasie von Platon und Aristoteles gehen vor allem vom Wohl des Staates aus. Die Selbsttötung von geistig „normalen“ Menschen wird von Platon jedoch abgelehnt. Anders in der Stoa, wo der Gedanke an die Gesellschaft in den Hintergrund rückt und die Interessen des Individuums im Mittelpunkt stehen. Die innere Freiheit steht den äußeren Zwängen gegenüber. Das Selbst soll sich nicht vom Tod überwältigen lassen, sondern auch im Sterben ein handelndes Subjekt sein. Zentrales Thema der stoischen Ethik ist der Akt der

¹⁶⁶ vgl. Platon, Politeia, 407

¹⁶⁷ vgl. Platon, Politeia, 409-410

¹⁶⁸ vgl. Eibach, 1988, S. 16

¹⁶⁹ Eibach, 1988, S. 16

¹⁷⁰ vgl. Eibach, 1988, S. 17

Bewährung der inneren Freiheit des Selbst. Um das Übermannen des Selbst durch Todesfurcht oder sonstigen Umstände, wie z.B. überwältigender Schmerz oder Krankheit, zu verhindern, empfehlen die Stoiker sogar den Freitod, bevor ein solcher Zustand eintritt.¹⁷¹

4.1.2 Euthanasie zur Zeit des Nationalsozialismus

Im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhundert beschäftigte sich die Theologie nur unzureichend mit den vorherrschenden, biologistisch geprägten geistigen Strömungen, wie beispielsweise dem Sozialdarwinismus¹⁷². Viel mehr hat sich die Theologie unter Einfluss der idealistischen Philosophie den höchsten geistigen Fähigkeiten des Menschen verschrieben. Der Mensch verwirklicht sich „[...] mittels der Vernunft in Freiheit selbst als Persönlichkeit [...]“¹⁷³ und erweist sich als „wertvoller“ Staatsbürger mittels seines Berufs. Dabei vergaß die Theologie auf die kranken und vor allem psychisch behinderten Menschen. Die Gottesebenenbildlichkeit des Menschen ist für die Theologie dieser Zeit durch die menschliche Möglichkeit der Unterscheidung seiner geistigen und sittlichen Fähigkeiten von seiner Natur (körperliche Verfasstheit) und deren Beherrschung gegeben. Hatte ein Mensch mit naturhaften Verhängnissen (z.B. Krankheit oder Behinderung) zu kämpfen, konnte dieser „[...] unter der Voraussetzung des Ideals vom ‚autonomen‘ Menschen nur als Minderwertigkeit oder gar als Unwert des Lebens betrachtet werden“¹⁷⁴.

Die Abwertung menschlichen Lebens zu menschenunwertem Leben nahm mit der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten im Jahr 1933 ein schreckliches Ausmaß an. Obwohl die Wendung von der Weimarer Republik zum autoritären NS-Regime im Europa der 1920er Jahre nichts Ungewöhnliches war, unterschied sich die nationalsozialistische Führung durch ihre rücksichtslose Brutalität von anderen diktatorischen Systemen seiner Zeit. Der verbrecherische Charakter und der Rassenwahn des NS-Regimes wurde vielen Menschen jedoch erst nach Kriegsende bewusst. Den Nationalsozialisten lag die zuvor genannte sozialdarwinistische Vorstellung des natürlichen Kampfes ums Dasein zugrunde, woraus diese die Überlegenheit der „arischen Rasse“ ableiteten.¹⁷⁵ Daraus resultierten die Verfolgung und Tötung von „anderen Rassen“ (insbesondere Antisemitismus), Menschen mit homosexueller Orientierung, körperlich oder geistig kranken Menschen und Menschen die Widerstand zeigten. Ab Sommer 1939 wurden großangelegte Menschenvernichtungen zur Ausrottung von

¹⁷¹ vgl. Eibach, 1988, S. 17-19

¹⁷² Beim Sozialdarwinismus werden die von Charles Darwin beschriebenen Entstehungsmechanismen der Arten durch die natürliche Zuchtwahl auf die Sozialbeziehungen des Menschen übertragen. Herbert Spencer prägte hierbei den Begriff „survival of the fittest“, was „Überleben des Tüchtigsten“ bedeutet.

¹⁷³ vgl. Eibach, 1988, S. 35

¹⁷⁴ Eibach, 1988, S. 35

¹⁷⁵ vgl. Scriba, 2014

sogenanntem lebensunwerten Leben unter dem Etikett „Euthanasie-Programm“ und der Bezeichnung „Gnadentod“ betrieben. Dies war das Todesurteil für hunderttausende Menschen mit Behinderung, sowie körperlich oder psychisch kranken Menschen.¹⁷⁶

4.1.2.1 *Reaktion der evangelischen Kirche*

Durch die zu Beginn des Kapitels 4.1.2 beschriebene, einseitige Betrachtungsweise des Menschen wurde es seitens der evangelischen Kirche verabsäumt die Gefährdung, welche durch Ideologien wie z.B. dem Sozialdarwinismus oder der Rassentheorie ausging, rechtzeitig zu erkennen und sich dieser entgegenzusetzen. Nicht einmal die radikale Stimme von Nietzsche, auf den sich überaus viele Propagandisten der Euthanasie beriefen, konnte der evangelischen Theologie die Augen öffnen, dass das Verständnis vom Menschen beim gekreuzigten Christus ansetzen muss, da es ansonsten „[...] zur Humanität des autonomen Menschen ohne Gott und zuletzt auch gegen den hilfsbedürftigen Mitmenschen wird“¹⁷⁷. Angesichts der mangelnden Auseinandersetzung mit den biologistischen Weltanschauungen ist der geringe kirchliche Widerstand auf evangelischer Seite gegen Rassentheorie und eugenisches Programm¹⁷⁸ der Nazis kaum verwunderlich. Auch am Gesetz zur Verhütung erkrankten Nachwuchses (1933) wirkte die evangelische Kirche teils mit, um einer Verschlechterung des deutschen Volkes vorzubeugen. Eine Gegenstimme zum eugenischen Programm kam jedoch vom evangelischen Theologen Helmuth Schreiner ebenso im Jahr 1933. Schreiner warnte vor der Endkonsequenz dieser Zwangssterilisationen, nämlich der Vernichtung „lebensunwerten Leben“. Als die Euthanasie-Handlungen auf die kirchlichen Anstalten übergriffen, folgte allmählich der Widerstand einzelner Kirchenvertreter, jedoch waren viele Begründungen des Widerstands theologisch nicht überzeugend. Einerseits trat die „Heiligkeit“ und der Schutz des biologischen Lebens hinter eine protestantische Ethik der Freiheit und der freien sittlichen Selbstbestimmung des Einzelnen zurück. Andererseits behandelte die sogenannte Theologie der Schöpfungsordnungen nur die menschlich und geschichtlich gewachsenen Ordnungen des menschlichen Zusammenlebens. Dadurch trat die „Heiligkeit“ des Lebens des Einzelnen hinter die Bedeutung des Volkes. Dies stützte eher das nationalsozialistische Gedankengut, anstelle davon Widerstand zu leisten. Im Jahr 1985/6 entschuldigten sich die Landessynoden der Evangelischen Kirchen im Rheinland und von

¹⁷⁶ vgl. Husemann, 2015

¹⁷⁷ Eibach, 1988, S. 36

¹⁷⁸ Eugenetik kommt aus dem Griechischen (eugenos) und bedeutet übersetzt „von guter/edler Abstammung“. Zunächst ging damit der Gedanke einher genetisch bedingte Krankheiten zu verhindern oder zumindest vermindern. Im zweiten Weltkrieg führte dies zu (Zwangs-)Sterilisationen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und bei Menschen mit jeglichen Behinderungen.

Westfalen in einer Erklärung für dieses Versagen der Kirche und baten Angehörige um Vergebung.¹⁷⁹

4.1.2.2 Reaktion der katholischen Kirche

Auch seitens der katholischen Kirche war die Haltung gegenüber den Nationalsozialisten komplex. Zwar zeigte sich im Kirchenvolk und der Priesterschaft ein Widerstand gegen das NS-Regime, jedoch wurde die Lage durch die nationalsozialistischen Maßnahmen zusehends prekärer und das Risiko für mutmaßliche Handlungen und Verlautbarungen belangt zu werden stieg vor allem auch für Priester an. Rund 36% des deutschen Klerus gerieten so in Konflikt mit dem NS-Staat.¹⁸⁰

Gerade weil die katholische Kirche Macht und Einfluss auf die Bevölkerung hatte und sich in den Jahren von 1930 bis 1933 kritisch gegenüber dem Nationalsozialismus zeigte, wollte Adolf Hitler auf diplomatische Weise den Episkopat zu einer „Stillhaltepolitik“ gewinnen. Kurz nach der Festlegung des Ermächtigungsgesetzes im März 1933 revidierten führende Katholiken die Forderung, Widerstand gegen das NS-Regime zu leisten. Nach der Annahme des Ermächtigungsgesetzes starteten die Verhandlungen in Rom für ein Konkordat zwischen Papst und Hitler, welches schließlich im Juli 1933 unterzeichnet wurde.¹⁸¹ Das Interesse Hitlers an dem Reichskonkordat lag an machttaktischen Gründen: Mit dem Konkordat war das Ende des politischen Katholizismus festgelegt. Im Gegenzug garantierte das Reichskonkordat der katholischen Kirche die institutionelle Selbstverwaltung, dass die katholischen Schulen fortbestehen sowie die Freiheit des Bekenntnisses und der öffentlichen Verbreitung dessen. Das Episkopat stellte bereits im Herbst 1933 fest, dass das Reichskonkordat laufend vom NS-Regime gebrochen wird. Ab dem Jahr 1935 folgte eine Verleumdungskampagne, durch welche eine große Zahl katholischer Priester wegen angeblicher Sittlichkeits- und Devisenvergehen anklagt und verfolgt wurden. Die Eingaben des Episkopats blieben erfolglos.¹⁸² Auf den Misserfolg des Episkopats folgte die Enzyklika „Mit brennender Sorge“, mittels welcher Papst Pius XI. auf das Vorgehen der Nationalsozialisten reagierte. Die Enzyklika wurde erst heimlich verbreitet und im März 1937 schließlich von den Kanzeln im gesamten Deutschen Reich verlesen. An dieser Stelle erreichte die Konfrontation zwischen katholischer Kirche und NS-Regime ihren Höhepunkt.¹⁸³

¹⁷⁹ vgl. Eibach, 1988, S. 36-38

¹⁸⁰ vgl. Rotzoll, et al., 2010, S. 130

¹⁸¹ vgl. Rotzoll, et al., 2010, S. 130

¹⁸² vgl. Prinz & Scriba, 2014

¹⁸³ vgl. Prinz & Scriba, 2014; Rotzoll, et al., 2010, S. 131

Zu Kriegsbeginn im Jahr 1939 nahm die Verfolgung von Priestern ab. Im Deutschen Reich begann der Mord an schwerstkranken Menschen und Menschen mit Behinderung. Viele Vertreter der katholischen Kirche protestierten gegen diese Euthanasie-Aktionen. Einige katholische Bischöfe, beispielsweise Titular-Bischof Heinrich Wienken und Erzbischof Conrad Gröber, prangerten die Aktion T4 scharf an. Ende Juli 1940 bot Erzbischof Gröber im Namen der Caritas an, dass die Pflegekosten der zum Tod bestimmten Menschen seitens der Kirche übernommen werden. Nach vergeblichen Protesten veröffentlichte im Dezember 1940 Papst Pius XII. in einer Verlautbarung, dass es gegen die natürlichen und göttlichen Gesetze verstoße, körperlich oder geistig kranke Menschen zu töten. Im Juli 1941 wurde von den Kanzeln der katholischen Kirchen ein Hirtenbrief des deutschen Episkopats verlesen, in welchem ebenso die Tötungen unschuldiger Menschen verurteilt wurden.¹⁸⁴

Im Sommer 1941 unterrichtete der Bischof Clemens August Graf von Galen in Münster die versammelte Gemeinde schließlich in einer schonungslosen Predigt von den bisherigen und noch bevorstehenden Krankenmorden. Diese Predigt wurde von den Nationalsozialisten als bisher stärkster Angriff gegen die NS-Führung bezeichnet. Darauffolgend nahmen die Proteste in der Bevölkerung derart zu, dass die Aktion T4 beendet wurde.¹⁸⁵

Im Gegensatz zum Protest gegen die NS-Euthanasie, blieb der Widerstand gegen die Verfolgung der Juden lange Zeit gering und lediglich indirekt. So erkannten die katholischen Bischöfe nach Ende des zweiten Weltkriegs in einem Hirtenbrief die Mitschuld an den NS-Verbrechen an.¹⁸⁶

4.1.3 Darf der Mensch im Christentum über Leben und Tod entscheiden?

Es ergibt sich schlussfolgernd aus den vorhergehenden Ausführungen, dass Tod auch immer etwas mit dem zugrundeliegenden Freiheitsverständnis zu tun hat. Aus der Sicht der christlichen Ethik liegt ein Freiheitsverständnis zugrunde, nach welchem die Freiheit dem Menschen (nach dem Brief an die Galater, Kapitel 5) immer wieder neu von Gott gewährt und geschenkt wird. Diese Art von Freiheit ist jedoch als begrenzt anzusehen, da der Mensch hierbei nie der „[...] *Schöpfer seiner selbst und absoluter Souverän über sein Leben* [...]“¹⁸⁷ sein kann. Gott wird aus biblisch-theologischer Sicht von den Christen als Schöpfer, Erhalter, Erlöser und Vollender des Lebens gesehen, nicht nur als Initiator.

¹⁸⁴ vgl. Rotzoll, et al., 2010, S. 131 f.

¹⁸⁵ vgl. Rotzoll, et al., 2010, S. 132 f.; Prinz & Scriba, 2014

¹⁸⁶ vgl. Prinz & Scriba, 2014

¹⁸⁷ Gleixner, 2005, S. 136

Wird von einem deistischen Gottesbild ausgegangen, welches beispielsweise der Philosoph D. Hume vertrat, darf die Fähigkeit zur Selbsttötung, genauso wie auch alle anderen von Gott geschenkten Fähigkeiten, vom Menschen genutzt werden.

Blickt man auf das jüdisch-christliche Gottesverständnis, ist die menschliche Freiheit keine grenzenlose substanzielle Selbstverfügung. *„Menschliche Freiheit bewegt sich dementsprechend in einem Rahmen, dessen ‚Eckdaten‘ ein anderer setzt, dem die [...] ultimative Souveränität über das menschliche Leben als solches zukommt [...]“*¹⁸⁸

Auch das fünfte Gebot im Dekalog („Du sollst nicht töten.“) ist unter der Präambel zu lesen „Ich bin der Herr, dein Gott!“ (Ex 20, 1) und meint ebenso, dass das Leben nicht zur Disposition des Menschen steht. Sterben und Tod sind somit eine von Patienten, als auch Ärzten zu respektierende Fügung.¹⁸⁹

Anders sieht dies der Theologe Hans Küng, welcher angibt *„[...] einen theologisch und christlich verantworteten Weg der Mitte [...]“*¹⁹⁰ einzuschlagen. Küng ist der Meinung, dass Gott, welcher dem Menschen Freiheit geschenkt und dadurch auch die Verantwortung für sein Leben zugemutet hat, *„[...] gerade auch dem sterbenden Menschen die Verantwortung und Gewissensentscheidung für Art und Zeitpunkt seines Todes überlassen“*¹⁹¹ hat. Diese Verantwortung kann von keinem Staat, keiner Kirche und auch keinem Arzt dem Menschen abgenommen werden. Nach Küng schließen sich die Gnade Gottes und die Freiheit des Menschen nicht gegenseitig aus, genauso wenig wie die Selbstbestimmung des Menschen und Gottes Vorherbestimmung. *„Wenn das ganze Leben von Gott in die Verantwortung eines Menschen gestellt ist, dann gilt diese Verantwortung auch für die letzte Phase seines Lebens, ja, sie gilt erst recht für den eigentlichen Ernstfall seines Lebens: wenn es ans Sterben geht. Warum sollte gerade diese letzte Phase des Lebens von der Verantwortung ausgenommen sein?“*¹⁹² Fasst man diese Schilderungen von Küng zusammen, so lässt sich festhalten, dass die Verantwortung über das Leben auch die Art wie man sterben möchte einschließt.¹⁹³

4.2 Theologische Positionen zur Sterbehilfe

In Kapitel 4.1 wurde herausgearbeitet, dass ethische Beurteilung von Euthanasie bzw. Sterbehilfe stark mit den vorherrschenden Weltanschauungen und dem zugrundeliegenden Freiheitsverständnis verbunden ist. Diese Weltanschauungen beeinflussen wie man über

¹⁸⁸ Gleixner, 2005, S. 137

¹⁸⁹ vgl. Gleixner, 2005, S. 136 f.

¹⁹⁰ Jens & Küng, 2020, S. 72

¹⁹¹ Jens & Küng, 2020, S. 72

¹⁹² Jens & Küng, 2020, S. 72

¹⁹³ vgl. Jens & Küng, 2020, S. 71 f.

Begriffe wie Würde oder Wert eines Menschenlebens, sowie den Tod denkt. Doch was ist nun das christliche Verständnis der Menschenwürde und von Sterben und Tod?

4.2.1 Christliche Perspektive auf die Menschenwürde

Grundlage für die Euthanasie bildet die Vorstellung eines starken, schönen und leistungsfähigen Menschen, welcher sich in Freiheit selbstverwirklichen kann. Dieses Bild wurde sowohl in der griechischen Klassik als auch im deutschen Idealismus, im Sozialdarwinismus und im nationalsozialistischen Denken propagiert. Durch die seit der Aufklärung vorherrschende Spezialisierung der Theologie und Philosophie auf die höchsten geistigen Fähigkeiten des Menschen, fehlte es an einer Anthropologie des leidenden und kranken Menschen. Denkt man die Würde des Menschen von Gott abgesondert, so kann folgerichtig ein kranker Mensch aufgrund seiner fehlenden Selbstbegründung des Subjekts seine Würde verlieren. Dieser gesunde, starke und schöne Prototyp des Menschen steht jedoch dem leidenden und gekreuzigten Christus gegenüber. Jesus nahm sich vor allem derjenigen an, die schwach und krank sind und den von der Gesellschaft verstoßenen. Genau diesen Menschen hat Jesus im Matthäusevangelium 5, 3ff. das Reich Gottes verheißen. Dieser leidende, schmerz erfüllte und gekreuzigte Christus gilt im christlichen Glauben als das wahre Ebenbild Gottes. Durch Gottes Barmherzigkeit, Liebe und Treue sind gerade die Schwachen und Armseligen zu Kindern Gottes erwählt. Diese Ebenbildlichkeit des Gekreuzigten, wie beispielsweise in Kol 1,15 beschrieben, geht mit einem christologischen Verständnis der Gottesebenbildlichkeiten einher, welches leidende, kranke und behinderte Menschen besonders einschließt. Allein schon durch Jesus Christus darf die Theologie und die Kirche von keinem idealen und gesunden Prototyp „Mensch“ ausgehen. In Jesus zeigt sich die Bejahung des mitleidenden Gottes gegenüber dem „wirklichen“ Menschen, welcher auch trotz Leid und Krankheit seine Würde behält.¹⁹⁴

Das sich Jesus gerade den Armen und Schwachen annahm bedeutet keine Umwertung der Werte wie Schönheit oder Gesundheit. Es besagt nicht, dass Gott Krankheiten und Behinderungen als Ideale für ein „wahres“ Menschenbild geschaffen hat und dass das Leid der Gesundheit vorzuziehen wäre. *„Schwere Krankheit, Behinderung und Leiden können nicht in ein Welt- oder Gottesbild positiv eingeordnet und so mit einem höheren Sinn belegt werden, denn Gott hat in Christus gelitten aufgrund seiner Treue zur Schöpfung, also im Widerspruch zu den von ihm nicht gewollten und geschaffenen Mächten des ‚Nichtigen‘, zu Sünde und Elend*

¹⁹⁴ vgl. Eibach, 1988, S. 55-57

(*Krankheit, Tod*).¹⁹⁵ Das Kreuz Jesu Christi ist die Folge des Kampfes Gottes gegen die Sünde und das Elend dieser Welt und die Auferstehung ist das Versprechen Gottes an seiner Schöpfung festzuhalten und ihr die Erlösung zu verheißen. Durch die Erlösung wird alles Leid überwunden und so bleibt es theologisch auch verwehrt, aufgrund von Krankheit und Behinderung, auf ein wertloses Leben zu schließen, da jedes menschliche Leben von Gott gewollt, nach seinem Ebenbild geschaffen und zur ewigen Gemeinschaft bestimmt ist. Nach Eibach (1988) muss eine Unterscheidung zwischen Leben und Krankheit getroffen werden, um nicht den Gesichtspunkt des Geschöpfseins und der damit einhergehenden, von Gott verliehenen, Würde zu verlieren. Der wirkliche Mensch ist nicht nur im Diesseits zu sehen, sondern auch in der Auferweckung von dem Toten aufgrund seiner ewigen Bestimmung und Vollendung.¹⁹⁶

Eibach (1988) schreibt über die Würde des Menschen: „*So sehr der wahre Mensch der durch die Auferweckung zur vollkommenen Gemeinschaft mit Gott vollendete Mensch ist, so sehr gilt diese noch ausstehende und empirisch nicht vorfindliche Würde dem wirklichen Menschen doch schon jetzt.*“¹⁹⁷ Gottesliebe besteht nicht in den Fähigkeiten und Taten eines Menschen, sondern in der Zuwendung Gottes zum Menschen. Diese Gabe Gottes verleiht jedem Menschenleben bereits schon im irdischen Leben eine unverlierbare Würde. Diese Würde gründet nach christlicher Auffassung darin, dass der Mensch in besonderer Weise, als Partner berufen, unter Gott in ewiger Gemeinschaft steht. Dadurch, dass Gott sich in Beziehung zum Menschen setzt und an ihm handelt, kann der Mensch als Person definiert werden. Christlich betrachtet darf kein menschliches Leben als lebensunwert abgestuft werden, da dieses Bewertungs- und Verfügungsrecht alleine Gott, als Schöpfer und Erlöser, zusteht.¹⁹⁸

Wie soeben beschrieben ist das Personsein nach Eibach (1988) kein menschlicher Akt, sondern ein passiv empfangener Akt Gottes. Demgegenüber steht die Persönlichkeit, welche der Mensch in freier Selbstbestimmung durch seine Taten aus sich selbst entwickelt. Die Würde der Person liegt demnach der Persönlichkeit voraus. Zwar kann die Persönlichkeit durch beispielsweise Krankheit zerrüttet werden, jedoch nicht die dahinterstehende, von Gott geliebte, Person. „*Der Mensch hat demnach bis zu seinem leiblichen Tod ein Anrecht auf eine menschenwürdige Behandlung entsprechend seiner Hilfsbedürftigkeit.*“¹⁹⁹ Mit dem Personsein steht jedem Menschen, als ethisches Minimum, das Recht auf Befriedigung der Grundbedürfnisse zu. Dieses Recht auf Befriedigung der Grundbedürfnisse beinhaltet

¹⁹⁵ Eibach, 1988, S. 57

¹⁹⁶ vgl. Eibach, 1988, S. 57-59

¹⁹⁷ Eibach, 1988, S. 59

¹⁹⁸ vgl. Eibach, 1988, S. 59 f.

¹⁹⁹ Eibach, 1988, S. 61

Ernährung, Reinigung, Bettung, sowie Schmerzlinderung und menschliche Zuwendung. Diese Grundrechte kommen allen Menschen, vom Säugling bis zum Sterbenden, zu und deren Erfüllung ist für die Mitmenschen unter allen Umständen verpflichtend. Das Verwehren oder Vernachlässigen dieser Rechte wäre mit einem Angriff auf die Würde der Person gleichzusetzen.²⁰⁰

4.2.1.1 *Kostbare Erfahrungen durch Nächstenliebe*

Der eigene Verzicht um der Hilfsbedürftigen willen kann zu einem vertieften Verständnis von Leben führen. Diese von Nächstenliebe bestimmte Solidarität lehrt, dass es für eine gelingende Gemeinschaft notwendig ist, einander beim Leben und auch beim Leiden zu helfen. Als handlungsleitende Kriterien gelten hierbei die Bedürfnisse und Rechte der Schwächsten und nicht der Stärksten.²⁰¹ Schließt eine Gesellschaft die schwachen und hilfsbedürftigen Menschen aus, endet dies in einem moralischen Zusammenbruch. Genauso ist jedoch auch zu verhindern, dass die Hilfsbedürftigkeit aufgrund der „Mängel“ als leitender Gedanke beim Umgang mit kranken und behinderten Menschen die Würde der Person verdrängt. Eibach (1988) schreibt dazu: *„Eine solche Sicht steht noch in sehr fataler Nähe zum Gedanken der ‚Verwertbarkeit‘ des Menschen nach seinem Nutzen, denn der behinderte Mensch kann nun zum bloßen ‚Objekt‘ menschlicher Fürsorge gemacht werden.“*²⁰² Durch die eben beschriebene Sichtweise werden weder die Würde der Person noch ihre (ver-)bleibenden Fähigkeiten ernstgenommen. Menschen, die sich für gesund wähnen, teilen behinderten und schwer kranken Menschen, begründet durch deren „Andersartigkeit“, oft Lebensräume außerhalb des regulären Gesellschaftsleben zu. Durch Anstalten, welche Menschen mit Krankheit und Behinderung Lebens- und Schutzräume gewähren sollen, bekommen diese zwar Betreuung und Pflege, jedoch geht damit auch ein gewisser Ausschluss aus der Gesellschaft, sowie die vorhin bereits erwähnte Objekthaftigkeit der zu Betreuenden einher.²⁰³

Durch die zwei erwähnten Aspekte, einerseits die Abschiebung in Anstalten und andererseits die Degradierung zu „Objekten“ der Betreuung, wird bei den Betroffenen das Gefühl der gesellschaftlichen Überflüssigkeit erweckt, sowie die Vorstellung „unnütze Esser“ zu sein. Dies kann schnell zur sozialen Isolierung führen, bis hin zum sozialen Tod, wenn alle mitmenschlichen Kontakte abgebrochen werden. Die soziale Isolierung kann zu einer

²⁰⁰ vgl. Eibach, 1988, S. 61

²⁰¹ vgl. Eibach, 1988, S. 65

²⁰² Eibach, 1988, S. 66

²⁰³ vgl. Eibach, 1988, S. 66 f.

indirekten Form von Tötung führen, denn gerade bei alten Menschen geht der Abbruch aller Kontakte nicht selten mit einem vorzeitigen psychogen bedingten leiblichen Tod einher.²⁰⁴

Fehlen die echten Begegnungen zwischen „gesunden“ und behinderten oder schwer erkrankten Menschen, fehlt auch das Verständnis für diese. Tätige Nächstenliebe kann nur durch die Teilhabe am Leid des anderen bestehen, durch das Mitleiden und durch das Hineinversetzen in den anderen. Leiden bestehen als eine theologisch unerklärliche Wirklichkeit und fordern zur Überwindung, Linderung oder Hilfe zum Ertragen dieser heraus.²⁰⁵ Die daraus resultierende Hilfsbedürftigkeit fordert zu Taten der Barmherzigkeit, wie im Evangelium nach Lukas 10, 23-37 geschildert, auf. Der barmherzige Samariter hilft selbstlos dem Überfallenen und erweist sich als sein Nächster. *„Die Not der Nächsten gibt den ‚Gesunden‘ eine sinnvolle Lebensaufgabe, wenn sie sich durch die Not aus ihrer Tatenlosigkeit befreien lassen.“*²⁰⁶

Der Mensch als Geschöpf Gottes ist, ebenso wie alle anderen Kreaturen, ein endliches Wesen hier auf der Erde. Betrachtet man den Menschen als Geschöpf geht dies damit einher, dass der Mensch nicht aus sich selbst heraus die Kraft hat, sich ins Dasein zu bringen, sondern dass Gott den Menschen auf die Erde setzt als Gabe. Die Menschen sollen nach dem Christentum ihre von Gott begrenzte Lebenszeit in Verantwortung gegenüber Gott und den Mitmenschen gestalten. Die Begrenztheit des irdischen Lebens wird nicht durch das christliche „ewige Leben“ ins Unendliche verlängert. Der Mensch lebt von Anfang an in der Gemeinschaft mit Gott, welche auch im Tod unzerstörbar ist. Diese Gemeinschaft mit Gott führt gleichzeitig auch zur Gemeinschaft mit den Mitmenschen. Durch diese zwei Lebensbeziehungen, Gott und Mitmenschen, bekommt das Leben Tiefe, Sinn, Wert und Erfüllung. Dabei ist die Quantität nicht unbedingt von Bedeutung.²⁰⁷

Das irdische Leben beginnt mit der Geburt und endet mit dem Tod. Dieses Werden und Vergehen ist gekennzeichnet durch die Zu- und Abnahme der Lebenskräfte. Die Fähigkeit *„[...] Entsagungen zu ertragen, das Altern und das Sterben anzunehmen, [...]“*²⁰⁸ zählt *„[...] zu den ursprünglichen geschöpflichen Möglichkeiten des Menschseins“*²⁰⁹. Im christlichen Verständnis wird der Sinn des Lebens nicht primär in einem möglichst langen Leben gesucht, sondern in der durch das irdische Leben beginnenden und auch im Tod nicht endenden Gemeinschaft mit Gott. Aus diesem christlichen Verständnis heraus lässt sich schließen, dass die Aufgabe der Medizin nicht die Bekämpfung des Todes an sich sein kann, auch wenn solche Erwartungen im 21. Jahrhundert immer mehr an die Medizin herangetragen werden. Eibach

²⁰⁴ vgl. Eibach, 1988, S. 67

²⁰⁵ vgl. Eibach, 1988, S. 68

²⁰⁶ Eibach, 1988, S. 68 f.

²⁰⁷ vgl. Eibach, 1988, S. 69f.

²⁰⁸ Eibach, 1988, S. 71

²⁰⁹ Eibach, 1988, S. 71

(1988) fasst die Aufgabe der christlichen Ethik so zusammen: „*Christliche Ethik hätte also dafür einzutreten, daß die Ärzte, Schwestern/Pfleger und die Menschen unserer Zeit der versucherischen Täuschung einer Leugnung des Todes nicht verfallen. [...] [E]in christliches Verständnis des Todes [hat] für die christliche Ethik die Konsequenz, daß Ethik Lehre von der Endlichkeit des menschlichen Wissens, Könnens, von menschlicher Macht, Lehre von den unüberschreitbaren Grenzen des menschlichen Handelns ist, deren Überschreitung das Elend der Menschen nur vermehrt.*“²¹⁰

4.2.1.2 *Begegnung mit der Sterblichkeit*

Der Tod begegnet den Menschen häufig nicht als natürlicher Alterstod, sondern als frühzeitiger Tod beispielsweise infolge einer Krankheit verbunden mit Schmerzen, Vereinsamung und Verzweiflung. Der Tod hat einen zerstörenden Charakter. Er erweist sich gewisserweise als Chaosmacht, welche Gott zwar aus der Schöpfung in Genesis 1 ausgeschlossen hat, die aber nach wie vor als Bedrohung über der Schöpfung lastet. Der physische Tod an sich steht in der Bibel nicht dem Leben gegenüber. Vielmehr ist das Gegenteil von Leben die Zerrüttung des Menschen durch Krankheit und Schmerz, das unvollendete Leben, der frühe Tod und der Abbruch von Beziehungen. Die Beziehungen zu Gott und den Mitmenschen geben dem Leben erst Sinn und Tiefe. Vereinsamung, Depression, Hoffnungslosigkeit und Resignation bilden damit das eigentliche Gegenteil zum Leben. Die Bibel will dazu ermutigen, einen solchen, absolut negativen und zerstörerischen Tod zu bekämpfen. Dabei ist jedoch nicht der Tod an sich gemeint der bekämpft werden soll, sondern der „Fluchcharakter“ dessen.²¹¹

Die Herausforderung des Todes ist es, das Leben loszulassen in Vertrauen auf Gott und zu glauben, dass Gott einem auch im Tod umfängt und nicht ins Nichts entgleiten lässt. Durch ein solches Denken wird dem Tod von innen heraus ein Teil seines Stachels entrissen. Das Loslassen vom Leben ist ebendiese schwere Kunst des Sterbens. Dieses Loslassen ist kein Zeichen von Resignation, sondern vielmehr ein Zeichen der Hoffnung des Menschen über den Tod hinaus. Die Annahme des Todes bedeutet nicht, dass der Kampf gegen die Krankheit aufgegeben werden muss. Auch das Gebet um die Gewährung weiterer Lebenszeit oder gar Heilung werden dadurch nicht ausgeschlossen. Die Annahme des Todes bewahrt jedoch vor einem Kampf gegen den Tod aufgrund von Verleugnung oder Angst und vor Verzweiflung und Resignation. Das Loslassen vom Leben gewährt so Freiheit vom Tod, da das Sterben auf den Sieg Gottes über den Tod und das Sein bei und mit Gott, das „ewige Leben“, ausgerichtet ist.²¹²

²¹⁰ Eibach, 1988, S. 72

²¹¹ vgl. Eibach, 1988, S. 72-74

²¹² vgl. Eibach, 1988, S. 76

Eher selten kommen Menschen umhin den Tod nicht „erleiden“ zu müssen. Abgesehen vom plötzlichen Tod (z.B. durch Herzinfarkt) geht der Prozess des Sterbens in den meisten Fällen mit zunehmender Entmächtigung der Persönlichkeit und körperlichen, sowie seelischen Schmerzen einher, welche auch einen festen Glauben schwer anfechten können. Gott begegnet uns im Tod auf zweierlei Weise: Zum einen ist der Tod eine natürliche, von Gott gesetzte, Grenze, welchem die Vollendung des Lebens einer Person durch und bei Gott folgt. Zum anderen ist der Tod ein Zeichen des verwirklichten Lebens, wo Gott im Tod als Richter gegenübertritt. Aus theologischer Sicht gehört es zur Endlichkeit des Geschöpfes Mensch, dass der Tod schon von Beginn an vorweg verfügt ist. Der Mensch kommt in einer Passivität als Geschenk eines aktiven Gottes zur Welt. Ebenso wie das Leben passiv empfangen wird, soll auch das Lebensende passiv erlitten werden, mit dem Vertrauen auf die Aktivität Gottes. Das Bestärken dieses Vertrauens auf Gott ist eine wichtige seelsorgliche Aufgabe an Sterbenden.²¹³ Abschließend lässt sich nach Eibach (1988) festhalten, dass der theologisch begründete Auftrag des Menschen darin besteht, solange gegen Krankheiten zu kämpfen, wie das Leben von Krankheit und Tod geschützt und das Leiden gelindert werden kann. Das Handeln des Menschen soll nicht zur Zerstörung von Leben beitragen. Unbedingt ist aus theologischer Perspektive zwischen Person und Krankheit zu unterscheiden.²¹⁴ Eibach schreibt: *„Das Leben der Person ist zu schützen und die Krankheit ist zu bekämpfen. Von daher macht es einen grundsätzlichen ethischen Unterschied aus, ob wir die Krankheit bekämpfen, um die Person zu schützen oder ob wir mit dem Kampf gegen die Krankheit auch das Leben der Person zerstören oder gar direkt das Leben beenden.“*²¹⁵

4.3 Kirchliches Lehramt

Das Lehramt der katholischen Kirche liefert vier wichtige Dokumente zum Thema Sterbehilfe: Aus dem Jahr 1980 die „Erklärung zur Euthanasie“ (lat. Iura et bona) der Kongregation der Glaubenslehre, die im Jahr 1995 veröffentlichte Enzyklika „Evangelium vitae“, den im Jahr 1997 übersetzten „Katechismus der Katholischen Kirche“ und seit dem Jahr 2020 den „Samaritanus bonus“, eine Erklärung der Glaubenskongregation.

²¹³ vgl. Eibach, 1988, S. 76-80

²¹⁴ vgl. Eibach, 1988, S. 82

²¹⁵ Eibach, 1988, S. 82

4.3.1 Erklärung zur Euthanasie (1980)

Bereits ab den 1940er Jahren wurde die Euthanasie durch die Päpste Pius XII., Paul VI. und Johannes Paul II. bei verschiedenen Anlässen und Stellungnahmen verurteilt.²¹⁶ Am 5. Mai 1980 wurde schließlich die vom Kardinalpräfekten Seper unterzeichnete und von Papst Johannes Paul II. gebilligte Erklärung zur Euthanasie veröffentlicht.

Diese unterteilt sich in vier Kapitel. Bereits in der Einleitung wird die große Bedeutung der Rechte und Werte der menschlichen Person betont. Besonders das Recht auf Leben wurde im II. Vatikanischen Konzil bekräftigt, was mit einer Anprangerung aller Akte gegen das Leben (z.B. Mord, Abtreibung, Selbstmord und Euthanasie) einherging. Diese Erklärung legt die Lehre der katholischen Kirche zur Euthanasie unter Einbezug der medizinischen Fortschritte neu dar und verdeutlicht die betreffenden ethischen Normen.²¹⁷ Neben dem medizinischen Fortschritt und der dadurch verlängerten durchschnittlichen Lebensdauer des Menschen wird in der Erklärung jedoch auch auf die veränderte Bewertung des Todes und die in Frage gestellten grundlegenden Werte des menschlichen Lebens in der heutigen Gesellschaft verwiesen. Aufgrund dieser Feststellungen sieht sich das kirchliche Lehramt dazu aufgefordert, die dazugehörigen ethischen Normen nochmals verdeutlicht darzustellen. Durch die Zusammenführung und Verdeutlichung der kirchlichen Haltung zur Euthanasie wurde die Erklärung zur Euthanasie auch Grundlage für die Stellungnahme zur Euthanasie im Katechismus der Katholischen Kirche und in der Enzyklika *Evangelium vitae*.²¹⁸

Das erste Kapitel beschreibt den Wert des menschlichen Lebens. Das menschliche Leben ist Grundlage und Bedingung für alle menschliche Tätigkeit, sowie auch für das gesellschaftliche Zusammenleben. Die an Christus Glaubenden messen dem Leben nicht nur etwas Heiliges bei, über das niemand willkürlich verfügen darf, sondern erkennen in ihm noch etwas Höheres, nämlich das zu bewahrende Geschenk der Liebe Gottes. Greift jemand das Leben eines unschuldigen Menschen an, so widerspricht er der Liebe Gottes zu seinem Geschöpf und begeht ein äußerst schweres Verbrechen. Das Leben ist jedem Menschen von Gott als ein Gut anvertraut, welches auf Erden Frucht bringen und später im ewigen Leben Vollendung finden soll. Selbstmord ist somit ebenso wie Mord nicht zu rechtfertigen, da dies die Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes bedeuten würde. Eine Unterscheidung wird jedoch zwischen Selbstmord und dem Lebensopfer aus einem übergeordneten Grund, wie z.B. Gottes Ehre, Heil der Seelen oder Dienst an Brüdern, getroffen.²¹⁹

²¹⁶ vgl. Ernst, Töten und Sterbenlassen, 2017, S. 231

²¹⁷ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 1980, Einleitung

²¹⁸ vgl. Ernst, Töten und Sterbenlassen, 2017, S. 231 f.

²¹⁹ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 1980, I. Wert des menschlichen Lebens

Das zweite Kapitel handelt vom richtigen Umgang mit der Euthanasie. Das Wort Euthanasie wird in der Erklärung für jene Handlung und Unterlassung verwendet, „[...] *die ihrer Natur nach oder aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um so jeden Schmerz zu beenden.*“²²⁰ Mit Nachdruck wird festgehalten, dass niemand das Recht hat ein menschliches Lebewesen unschuldig zu töten, egal ob Fötus, unheilbar Kranker oder Sterbender. Außerdem ist es nach katholischem Lehramt nicht erlaubt, eine solche todbringende Handlung zu erbitten, weder für sich selbst noch für jemand anderen, für den man Verantwortung trägt. Auch einer solchen Handlung zuzustimmen ist untersagt. Die Euthanasie verletzt ein göttliches Gesetz, beleidigt die Würde der menschlichen Person, ist ein Verbrechen gegen das Leben und ein Anschlag gegen das Geschlecht der Menschen. In der Erklärung wird das Bitten von Schwerkranken um den Tod nicht als wirklicher Wille zur Euthanasie aufgefasst, sondern als angstvolles Bitten um Hilfe und Liebe. Kranke haben es neben den Bemühungen der Ärzte vor allem nötig, menschliche und übernatürliche Zuneigung zu erfahren, welche vor allem alle Nahestehenden, Eltern, Kinder, Ärzte und Pflegepersonen schenken können und auch sollen.²²¹

Das dritte Kapitel handelt von der Bedeutung des Schmerzes für den Christen und der Verwendung schmerzstillender Mittel. Einerseits lässt sich sagen, dass der Tod nicht immer unter allerschwersten Umständen, mit kaum ertragbaren Schmerzen, eintritt. Die Natur hat im Körper gewisse Vorsorgemechanismen getroffen, um die im Tod zu vollziehenden Trennungen zu erleichtern. So können eine lange Dauer der Krankheit, ein fortgeschrittenes Alter, Einsamkeit und Verlassenheit psychologische Voraussetzungen schaffen, um den Tod leichter annehmbar zu machen. Dennoch geht der Tod nahezu immer mit Angst einher, besonders wenn diesem oft schwere Schmerzen vorausgehen oder ihn begleiten. Aus christlicher Sicht betrachtet, erhält jedoch der Schmerz, vor allem in der Sterbestunde, eine besondere Bedeutung in Gottes Heilsplan. Der Schmerz gibt Anteil am Leiden Christi und verbindet so mit dem erlösenden Opfer, welches Christus für uns Menschen erbracht hat. Die Annahme des Schmerzes ohne schmerzstillende Mittel wird jedoch nicht als allgemeine Norm gefordert. Seitens der Kirche wird in der Erklärung sogar den meisten Kranken geraten schmerzlindernde oder -beseitigende Medikamente anzuwenden, auch wenn dies mit einer Trübung des Bewusstseins oder Schläfrigkeit einhergehen kann. Auch bei Menschen, die sich selbst nicht mehr ausdrücken können, dürfen solche Mittel angewandt werden. Doch durch die intensive Anwendung schmerzstillender Mittel kann es passieren, dass das Leben durch diese abgekürzt wird. Die Erklärung zur Euthanasie greift hierbei auf die weiterhin gültige Ansprache von Papst

²²⁰ Kongregation für die Glaubenslehre, 1980, II. Euthanasie

²²¹ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 1980, II. Euthanasie

Pius XII. am 24. Februar 1957 zurück. Sofern keine anderen Mittel vorhanden sind und die verbleibenden religiösen und moralischen Pflichten nicht verhindert werden, ist eine weitere Behandlung mit diesen Medikamenten erlaubt. Der Tod wird dabei nicht gewollt oder gesucht, sondern die Behandlung dient zur wirksamen Linderung der Schmerzen. Um eine solche Behandlung zu erhalten, müssen jedoch schwerwiegende Gründe vorliegen. Nicht jeder Sterbende darf ohne schwerwiegenden Grund seines Bewusstseins beraubt werden, da dieses für die richtige Vorbereitung auf die Begegnung mit Christus wichtig ist.²²²

Das vierte Kapitel der Erklärung zur Euthanasie beschreibt das richtige Maß in der Verwendung therapeutischer Mittel. Gerade in der Todesstunde sollen die Würde der menschlichen Person und die christliche Bedeutung des Lebens gewahrt werden. Unter „Recht auf den Tod“ versteht die Kirche „[...] das Recht, in ruhiger Verfassung mit menschlicher und christlicher Würde sterben zu können.“²²³ Es stellt sich die Frage, wie dieses Recht mit der Anwendung therapeutischer Mittel vereinbart werden kann. Ärzte und Pflegepersonal müssen ihren Dienst mit größter Sorgfalt verrichten und nötig oder nützlich scheinende Therapien anwenden. Dabei wird zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln unterschieden. In der Erklärung folgen vier Klarstellungen zur Anwendung der allgemeinen Grundsätze:

- Noch nicht ausreichend im Experiment erprobte Mittel des neusten medizinischen Fortschritts dürfen unter Zustimmung des Kranken angewandt werden, wenn keine anderen Heilmittel verfügbar sind.
- Die Anwendung dieser Mittel darf abgebrochen werden, sofern durch das Ergebnis die auf die Mittel gesetzte Hoffnung nicht gerechtfertigt wird.
- Niemand ist zu Therapien verpflichtet, welche zwar schon im Gebrauch sind, jedoch noch mit Risiken versehen oder sehr aufwendig sind.
- Ist jemand atherapiert und der Tod nahend, darf auf weitere Heilversuche verzichtet werden, welche das Leben nur schmerzvoll verlängern können. Die normalen Hilfen dürfen dabei nicht unterlassen werden.²²⁴

Im Schlussteil der Erklärung wird abschließend hervorgehoben, dass der Dienst an Kranken und Schwachen zugleich ein Dienst an Christus ist. Die Erklärung endet mit der Bibelstelle Matthäus 25,40: „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“.

²²² vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 1980, III. Die Bedeutung des Schmerzes für den Christen und die Verwendung schmerzstillender Mittel

²²³ Kongregation für die Glaubenslehre, 1980, IV. Das richtige Maß in der Verwendung therapeutischer Mittel

²²⁴ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 1980, IV. Das richtige Maß in der Verwendung therapeutischer Mittel

4.3.2 Evangelium vitae (1995)

Ein weiteres wichtiges kirchliches Schreiben zum Thema Sterbehilfe stellt die Enzyklika „Evangelium vitae“ dar. Diese wurde im Jahr 1995 von Papst Johannes Paul II. herausgegeben und handelt vom unvergleichbaren Wert des menschlichen Lebens und von neuen Bedrohungen desselben. Die Enzyklika Evangelium vitae setzt sich aus einer Einführung, vier Kapiteln sowie einem Schlusswort zusammen. Diese werden im Folgenden überblicksmäßig dargestellt.

4.3.2.1 Die Einführung

Das Evangelium vitae beginnt mit dem namensgebenden Satz: „*Das Evangelium vom Leben liegt der Botschaft Jesu am Herzen.*“²²⁵ Punkt 1 der Einführung umfasst den Beginn des Heils, die Geburt Jesu und dessen Verkündigung (vgl. Lk 2, 10-11), sowie den zentralen Kern des Erlösungsauftrags von Jesus: „*Ich bin gekommen, damit sie das Leben haben und es in Fülle haben.*“ (Joh 10, 10)

Unter Punkt 2 wird der unvergleichliche Wert der menschlichen Person betont. Alle Menschen, sowohl die gläubigen als auch die nicht-gläubigen, die ehrlicherweise für das Gute und die Wahrheit offen sind, erkennen diesen unvergleichlichen heiligen Wert des menschlichen Lebens vom Anfang bis zum Ende. Dieses Lebensrecht muss für jeden Menschen bejaht werden, denn darauf beruht das menschliche Zusammenleben sowie das politische Gemeinwesen. Besonders die Christgläubigen müssen das Recht auf menschliches Leben vom Lebensanfang bis zum Lebensende fördern und verteidigen. Dabei muss jedem Christen bewusst sein, dass sich Jesus, der Sohn Gottes, in seiner Menschwerdung mit jedem Menschen vereinigt hat. Dieses Heilsereignis zeigt allen Menschen die unendliche Liebe Gottes (durch die Hingabe seines einzigen Sohns) und den unvergleichlichen Wert jeder menschlichen Person.²²⁶

Unter den Punkten 3 und 4 weist Papst Johannes Paul II. auf die erschütternde Vermehrung und die Verschärfung von neuzeitlichen Bedrohungen für das menschliche Leben hin. „*Zu den alten schmerzlichen Plagen von Elend, Hunger, endemischen Krankheiten, Gewalt und Kriegen gesellen sich andere unbekannter Art und von beunruhigenden Ausmaßen.*“²²⁷ Papst Johannes Paul II. verweist auf das Zweite Vatikanische Konzil, welches bereits nachdrücklich vielfältige Angriffe gegen das menschliche Leben beklagte und zitiert aus Punkt 27 der „Gaudium et spes“, der pastoralen Konstitution über die Kirche in der Welt von heute, aus dem Jahr 1965, dass Taten wie (Völker-)Mord, Abtreibung, Euthanasie, freiwilliger Selbstmord, Verstümmelung,

²²⁵ Johannes Paul II., EV, Einführung, 1

²²⁶ vgl. Johannes Paul II., EV, 2

²²⁷ Johannes Paul II., EV, 3

Folter jeglicher Art, die Ausübung von psychischem Zwang, willkürliche Verhaftung, Verschleppung, Sklaverei, Prostitution, Menschenhandel, unwürdige Arbeitsbedingungen und ähnliches in höchstem Maße der Ehre des Schöpfers widersprechen und zu einer Zersetzung der menschlichen Kultur führen. Jene, die solche Taten ausführen werden dabei weit mehr entwürdigt als jene, die diese Taten erleiden.²²⁸ Papst Johannes Paul II. zeigt sich in *Evangelium vitae* besorgt, da dieses beunruhigende Bild an Bedrohungen sich nicht durch die bislang erfolgten Mahnungen einschränken lässt, sondern sich durch den wissenschaftlich-technologischen Fortschritt und der sich daraus eröffnenden neuen Perspektiven noch weiter verschärft. Auch die neue kulturelle Situation löst weitere ernste Sorgen aus, da Verbrechen gegen das Leben von breiten Schichten der öffentlichen Meinung im Namen des Rechts der individuellen Freiheit gerechtfertigt werden. Unter diesem Vorwand wird neben der Straffreiheit für derartige Taten auch eine kostenlose Beteiligung des staatlichen Gesundheitswesens gefordert. In diesem Zusammenhang kritisiert Papst Johannes Paul II., dass neben all diesen beunruhigenden Phänomenen der Beseitigung menschlichen Lebens das Gewissen immer träger darin wird, zwischen Gut und Böse zu unterscheiden im Hinblick auf den unvergleichlichen Wert des menschlichen Lebens.²²⁹

Die Enzyklika *Evangelium vitae* will eine „[...] klare und feste Bekräftigung des Wertes des menschlichen Lebens und seiner Unantastbarkeit und zugleich ein leidenschaftlicher Appell im Namen Gottes an alle und jeden einzelnen sein: achte, verteidige, liebe das Leben, jedes menschliche Leben und diene ihm! Nur auf diesem Weg wirst du Gerechtigkeit, Entwicklung, echte Freiheit, Frieden und Glück finden“²³⁰.

4.3.2.2 Das erste Kapitel

Das erste Kapitel des *Evangelium vitae* beginnt mit einem Blick auf die Erzählung des Brudermordes Kains an Abel, um die Erfahrung des Todes zu verdeutlichen, welche im Widerspruch zum *Evangelium vom Leben* steht. Der Mensch, welcher nicht für das Böse vorherbestimmt ist, wird in Versuchung geführt von der verderblichen Macht der Sünde. Alle Gewalt gegen einen Nächsten ist daher auch nicht unabwendbar oder im Menschen vorbestimmt, sondern ein Nachgeben gegenüber dem Bösen. Menschliches Handeln geschieht letzten Endes also nach dem freien Willen des Menschen.²³¹

²²⁸ vgl. Johannes Paul II., EV, 3

²²⁹ vgl. Johannes Paul II., EV, 4

²³⁰ Johannes Paul II., EV, 5

²³¹ vgl. Johannes Paul II., EV, 8

Die Frage Gottes an Kain „Was hast du getan?“ ist auch an den Menschen von heute gerichtet, der sich Umfang und Schwere der Angriffe auf das Leben bewusst machen soll, welche nach wie vor die Geschichte der Menschheit kennzeichnen.²³² Gott zeigt durch die Strafe Kains seine große Barmherzigkeit. Gott schützt Kain vor dem Tod und macht ihm ein Zeichen, welches ihn nicht bloßstellen, sondern schützen und verteidigen soll. In dieser Strafe zeigt sich, dass Gott gewährt dafür leistet, dass selbst ein Mörder seine Personenwürde nicht verliert.²³³

Ab Punkt 11 konzentriert sich Papst Johannes Paul II. besonders auf jene Art von Angriffen, die das werdende Leben und das zu Ende gehende Leben betreffen. Diese Angriffe weisen heutzutage neue Merkmale und ungewöhnliche Probleme auf, da sie im Bewusstsein der Öffentlichkeit zunehmend den Verbrechenscharakter verlieren und paradoxerweise einen Rechtscharakter annehmen. Daraus folgt das Verlangen nach einer buchstäblichen Anerkennung durch den Staat und in Folge die kostenlose Durchführung von Eingriffen durch Mitarbeiter im Gesundheitswesen. *„Diese Angriffe treffen das menschliche Leben in äußerst bedenklichen Situationen, wo es völlig wehrlos ist.“*²³⁴ Erschwerend kommt hinzu, dass diese Angriffe meist in der und durch die Familie erfolgen, welche jedoch zum „Heiligtum des Lebens“ berufen ist. Als Ursache für diese Situation wird in Evangelium vitae eine tiefe Kulturkrise genannt, welche *„[...] es immer schwieriger macht, den Sinn des Menschen, seiner Rechte und seiner Pflichten [...]“*²³⁵ zu erfassen. Hinzu kommen verschiedene existentielle Schwierigkeiten und Beziehungsschwierigkeiten, welche nach Papst Johannes Paul II. zu einer „Verfinsterung“ des heiligen Wertes des Lebens führen.²³⁶ Die heutzutage vorherrschende moralische Unsicherheit führt zu einer Schwächung der subjektiven Verantwortung. Daraus resultierend setzt sich eine Anti-Solidaritätskultur durch, die sich vielfach als Kultur des Todes entpuppt. Die Kultur des Todes wird gefördert von starken kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Strömungen, welche allesamt eine leistungsorientierte Auffassung von Gesellschaft vertreten. In der Enzyklika Evangelium vitae ist dabei die Rede von einem Krieg der Mächtigen gegen die Schwachen, welcher einer Verschwörung gegen das Leben gleichzusetzen ist, sowohl auf familiärer als auch auf globaler Ebene.²³⁷

In den folgenden Punkten geht Papst Johannes Paul II. auf die Themen Abtreibung, künstliche Fortpflanzung und Pränataldiagnostik ein. Ab Punkt 15 wird auf die Bedrohungen von unheilbar Kranken und Sterbenden eingegangen. Auch wenn es so scheint, dass verschiedene Formen von Euthanasie das Problem des Leidens durch eine gezielte Vorwegnahme des Todes

²³² vgl. Johannes Paul II., EV, 10

²³³ vgl. Johannes Paul II., EV, 9

²³⁴ Johannes Paul II., EV, 11

²³⁵ Johannes Paul II., EV, 11

²³⁶ vgl. Johannes Paul II., EV, 11

²³⁷ vgl. Johannes Paul II., EV, 12

lösen, hängt die Entscheidung für die Sterbehilfe häufig an rein materiellen Interessen. Mitleid wird als utilitaristisch geprägter Vorwand genutzt, um Aufwendungen, welche als unnötig erachtet werden, einzusparen, aufgrund der Belastung für die Gesellschaft.²³⁸ Darauf folgend wird die Thematik des Bevölkerungswachstums angesprochen, sowie die dazugehörigen Initiativen, das Wachstum einzudämmen. Ab Punkt 19 nennt Papst Johannes Paul II. mehrere Ursachen, welche zur negativen Entwicklung der Gesellschaft beitragen. Ein erstes Problem stellt die Definition des Begriffs der Personwürde dar, „[...] *die dazu neigt, die Personwürde mit der Fähigkeit zu verbaler, ausdrücklicher, auf alle Fälle erprobbarer Kommunikation gleichzusetzen*“²³⁹. Daraus lässt sich schließen, dass als Voraussetzung für die Personwürde eine überprüfbare Kommunikationsfähigkeit vorhanden sein muss, welche weder bei ungeborenen Kindern noch (zumindest oftmals) bei Sterbenden vorhanden ist. Ein weiteres Problem stellt eine falsche Auffassung von Freiheit dar, welche das einzelne Individuum als Absolutes ansieht und so die Annahme des anderen verhindert. Das subjektive, egoistische Interesse tritt in den Vordergrund und der Staat gleicht anstelle eines gemeinsamen Hauses einer Tyrannei, in der sich über alles verhandeln lässt, selbst über das Grundrecht auf Leben.²⁴⁰ Als Ursache für den Kampf zwischen der sogenannten Kultur des Lebens und der Kultur des Todes nennt Papst Johannes Paul II. die „[...] *Verfinsterung des Sinnes für Gott und den Menschen* [...]“²⁴¹, welche der heutige Mensch erlebt. Geht der Sinn für Gott verloren, verliert man damit auch den Sinn für den Menschen, sowie dessen Würde und Leben. Daraus folgt ein praktischer Materialismus, welcher Individualismus, Utilitarismus und Hedonismus gedeihen lässt und die Werte des Seins durch Werte des Habens ersetzt.²⁴² In den letzten Punkten zählt Papst Johannes Paul II. einige positive Zeichen des Lebens auf, um nicht nur die entmutigenden Seiten der heutigen Gesellschaft aufzuzeigen. „*Leider fällt es diesen positiven Zeichen oft schwer, sich darzustellen und erkannt zu werden, [...] weil sie in den Massenmedien keine entsprechende Aufmerksamkeit finden.*“²⁴³ Unter anderem werden in der Enzyklika Initiativen für Schwache und Schutzlose genannt, verantwortungsbewusste Ehepaare, Zentren für Lebenshilfe, Initiativen gegen Abtreibung und Euthanasie, Ablehnung der Todesstrafe und steigendes Umweltbewusstsein. Im letzten Punkt des ersten Kapitels wird abschließend betont, dass wir dem Konflikt von Gut und Böse nicht gegenüberstehen, sondern uns inmitten darin befinden.²⁴⁴

²³⁸ vgl. Johannes Paul II, EV, 15

²³⁹ Johannes Paul II, EV, 19

²⁴⁰ vgl. Johannes Paul II, EV, 20

²⁴¹ Johannes Paul II, EV, 21

²⁴² vgl. Johannes Paul II, EV, 23

²⁴³ Johannes Paul II, EV, 26

²⁴⁴ vgl. Johannes Paul II, EV, 28

4.3.2.3 Das zweite Kapitel

Das zweite Kapitel eröffnet Papst Johannes Paul II. mit dem Gefühl der Ohnmacht, welches einen beim Blick auf die vielen ernsten Bedrohungen des Lebens in der modernen Welt zu übermannen droht. Es scheint, als hätte das Gute nie die Kraft das Böse zu überwinden. Genau diese Situation ruft dazu auf, demütig und mutig seinen Glauben an Jesus, dem Wort des Lebens, zu bekennen. Das Evangelium des Lebens besteht in der Verkündigung der Person Jesu selbst und ist damit eine konkrete, personale Wirklichkeit.²⁴⁵ Jesus, der von Gott, seinem Vater, das Leben von Ewigkeit her empfängt, ist zu den Menschen gekommen, um sie an diesem Geschenk teilhaben zu lassen. *„Vom Wort, von der Tat, und selbst von der Person Jesu wird also dem Menschen die Möglichkeit gegeben, die ganze Wahrheit über den Wert des menschlichen Lebens zu erkennen [...]“*²⁴⁶

Das Wirken Jesu richtet sich besonders an die Armen, Kranken und Aussätzigen und so hält es die Kirche ebenfalls seit ihren Anfängen. Noch tiefergehend berühren das Wort und die Taten Jesu *„[...] den eigentlichen Sinn des Lebens jedes Menschen in seinen moralischen und geistlichen Dimensionen“*²⁴⁷. Allein durch das Erkennen, dass das eigene Leben von der Krankheit der Sünde gekennzeichnet ist, kann durch die Begegnung mit Jesus, dem Retter, die Wahrheit und Glaubwürdigkeit der eigenen Existenz wiedergefunden werden. Papst Johannes Paul II. zitiert hierbei aus dem Lukasevangelium, Kapitel 5, Vers 31-32, dass niemand der gesund ist einen Arzt braucht, sondern die Kranken, deshalb ruft Jesus auch die Sünder zur Umkehr auf und nicht die Gerechten.²⁴⁸

Im Schöpfungsbericht entschließt sich Gott, Menschen als sein Abbild, ihm ähnlich, zu machen. Gott bietet dem Menschen ein Leben an, als ein Geschenk, durch das er sein Geschöpf an etwas von sich selbst teilhaben lässt. Dieses Leben beschränkt sich nicht auf die Zeit auf Erden, sondern geht über die Grenzen der Zeit hinaus.²⁴⁹ Durch den Einbruch der Sünde in die Geschichte wird Gottes Plan jedoch getrübt. Die Sünde führt zur Auflehnung des Menschen gegen Gott und zur Vergötterung von Geschöpfen anstelle des Schöpfers.²⁵⁰

Unter Punkt 39 der Enzyklika *Evangelium vitae* steht geschrieben, dass das menschliche Leben aus Gott kommt und an seinem Lebensatem teilnimmt. Deshalb kann nicht der Mensch beliebig über dieses Leben verfügen, sondern Gott verfügt darüber. Gott übt diese Macht nicht

²⁴⁵ vgl. Johannes Paul II, EV, 29

²⁴⁶ Johannes Paul II, EV, 29

²⁴⁷ Johannes Paul II, EV, 32

²⁴⁸ vgl. Johannes Paul II, EV, 32

²⁴⁹ vgl. Johannes Paul II, EV, 34

²⁵⁰ vgl. Johannes Paul II, EV, 36

willkürlich aus, sondern als liebevolle Umsicht und Sorge, ähnlich den liebevollen Händen einer Mutter.²⁵¹

Jeder Mensch hat die Aufgabe von Gott zugeteilt bekommen, das Leben zu verteidigen, zu fördern, es in Ehren zu halten und zu lieben. Der Mensch ist zu einer gewissen Teilhabe an der Herrschaft Gottes berufen, dessen Höhepunkt die Weitergabe des Lebens durch Zeugung eines Kindes in einer Ehe bildet.²⁵² In den folgenden Punkten 44 und 45 wendet sich Papst Johannes Paul II. dem unbestrittenen Wert ungeborener Kinder zu. Ab Punkt 46 folgt eine Zuwendung an die Menschen am Lebensende. Papst Johannes Paul II. erklärt, dass man seitens der biblischen Offenbarung keine ausdrückliche Verurteilung der Euthanasie erwarten darf, da im damaligen kulturellen und religiösen Umfeld keine derartigen Versuchungen vorherrschten. Alte Menschen galten aufgrund deren Erfahrung und Weisheit als unersetzlicher Reichtum für Familie und Gesellschaft. Der Mensch ist immer, auch in Zeiten von Krankheit, dazu aufgerufen im Vertrauen auf Gott zu leben und diese Zuversicht in ihm immer wieder zu erneuern, auch wenn jegliche Aussicht auf Heilung zu fehlen scheint.²⁵³ Durch die vollbrachten Krankenheilungen von Jesus zeigt Gott zum einen, dass ihm das physische Leben der Menschen am Herzen liegt. Zum anderen jedoch ist für die Gläubigen dieses physische Leben auf der Erde kein Absolutum und es kann gefordert werden dieses, um eines höheren Gutes willen, zu opfern. In der Enzyklika werden hierzu Jesus Worte aus dem Markusevangelium, Kapitel 8, Vers 35 zitiert: *„Denn wer sein Leben retten will, wird es verlieren; wer aber sein Leben um meinetwillen und um des Evangeliums willen verliert, wird es retten.“* Unterlegt wird dies mit einer Reihe an Zeugnissen aus dem Neuen Testament, wo selbst das Leben von Jesus geopfert wird. Niemanden ist es jedoch gestattet selbst willkürlich über Leben oder Tod zu entscheiden, da dies allein dem Schöpfer obliegt, in dem wir Menschen sind.²⁵⁴ *„Das Leben trägt unauslöschlich eine ihm wesenseigene Wahrheit in sich.“*²⁵⁵ Nimmt ein Mensch dieses Geschenk Gottes an, muss er sich bemühen, in ebendieser Wahrheit das Leben zu erhalten.²⁵⁶ Abschließend, ab Punkt 50, wird die Erfüllung und Offenbarung des ganzen Evangeliums vom Leben durch den Stamm des Kreuzes von Jesus in den Mittelpunkt gestellt. Die Finsternis im Kampf zwischen Kultur des Todes und Kultur des Lebens verdunkelt nicht den Glanz des Kreuzes, sondern dieses sticht noch klarer als Mittelpunkt, Sinn und Vollendung jedes Menschenlebens hervor. Durch den Tod Jesu wird der Sinn des Lebens und des Todes von

²⁵¹ vgl. Johannes Paul II, EV, 39

²⁵² vgl. Johannes Paul II, EV, 42-43

²⁵³ vgl. Johannes Paul II, EV, 46

²⁵⁴ vgl. Johannes Paul II, EV, 47

²⁵⁵ Johannes Paul II, EV, 48

²⁵⁶ vgl. Johannes Paul II, EV, 48

jedem einzelnen Menschen erhellt.²⁵⁷ Durch das Aufgeben des Geistes erlangt der Tod Jesu, ähnlich dem Tod jedes Menschen, seine ganze Vollendung. Dieses Aufgeben des Geistes spielt auf die Spendung des Geistes an, durch welche der Mensch vom Tod befreit wird und in das neue Leben gelangt. Das Leben Gottes selbst wird den Menschen zuteil, welches laufend durch die Sakramente mitgeteilt wird. „*Vom Kreuz, der Quelle des Lebens her entsteht das Volk des Lebens und breitet sich aus.*“²⁵⁸ Papst Johannes Paul II. fordert dazu auf, mit selbstlosem und offenem Herzen das Wort Gottes zu hören, um zu lernen, das menschliche Leben nicht nur „nicht zu töten“, sondern es zu lieben, zu fördern und in Ehren zu halten.²⁵⁹

4.3.2.4 Das dritte Kapitel

Das dritte Kapitel der Enzyklika *Evangelium vitae* geht genauer auf das biblische Tötungsverbot ein: „*Du sollst nicht töten [...].*“ (Mt 19, 18) Gottes Gebot geht einher mit seiner Liebe zu den Menschen. Es nimmt selbst Gestalt als Evangelium („frohe Botschaft“) an und so ist es, genauso wie das Evangelium vom Leben, ein großes Gottesgeschenk und eine verpflichtende Aufgabe zugleich. Es erfordert mit vollem „[...] Verantwortungsbewusstsein angenommen, bewahrt und erschlossen zu werden: Gott fordert vom Menschen, dem er das Leben schenkt, daß er es liebt, achtet und fördert.“²⁶⁰ Das Geschenk wird dadurch zum Gebot sowie sich auch im Umkehrschluss das Gebot als Geschenk offenbart.²⁶¹

Unter Punkt 53 erörtert Papst Johannes Paul II. die Heiligkeit und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Das Leben ist von Gott als Schöpfer gegründet und steht bis zum Ende in besonderer Beziehung zu diesem. Gott ist absoluter Herr über das Leben der - nach seinem Abbild gestalteten - Menschen (vgl. Gen 1, 26-28). Deshalb weist das Leben einen heiligmäßigen und unverletzlichen Charakter auf, in welchem sich die Unantastbarkeit Gottes widerspiegelt. So wird Gott zum strengen Richter bei jeglicher Verletzung des Tötungsverbots, welches als Grundlage des menschlichen Zusammenlebens dienen soll. Das *Evangelium vitae* verweist an dieser Stelle auf das Buch der Weisheit worin deutlich wird, dass Gott sich nicht am Tod der Lebenden erfreut, sondern nur der Teufel, welcher mittels seines Neides den Tod in die Welt brachte.²⁶²

Das Gebot „Du sollst nicht töten.“ zeigt jene Grenze auf, die niemals überschritten werden darf und fordert zu einer absoluten Achtung vor dem Leben auf. Das Leben soll gefördert und in

²⁵⁷ vgl. Johannes Paul II, EV, 50

²⁵⁸ Johannes Paul II, EV, 51

²⁵⁹ vgl. Johannes Paul II, EV, 51

²⁶⁰ Johannes Paul II, EV, 52

²⁶¹ vgl. Johannes Paul II, EV, 52

²⁶² vgl. Johannes Paul II, EV, 53

einem Weg der Liebe beschritten werden.²⁶³ Daraus ergibt sich jedoch die Frage nach der Selbstverteidigung und der Todesstrafe, auf welche Papst Johannes Paul II. ab Punkt 55 genauer eingeht. Der Nächstenliebe geht die Eigenliebe als Vergleichsbegriff voraus (vgl. Mk 12, 31) und so ist auch das Recht auf Selbstverteidigung gegeben. Es kann jedoch auch auf dieses Recht bewusst verzichtet werden. Dies ist dann nicht als mangelhafte Liebe zum eigenen Leben zu werten, sondern als heroischer Akt der Liebe. *„Andererseits kann die Notwehr für den, der für das Leben anderer [...] verantwortlich ist, nicht nur ein Recht, sondern eine schwerwiegende Verpflichtung sein.“*²⁶⁴ Geschieht es, dass ein Angreifer aufgrund der Verteidigung gegen diesen zu Tode kommt, wird der tödliche Ausgang dem Angreifer angelastet.²⁶⁵ Ähnlich verhält es sich mit der Todesstrafe, welche nur dann umgesetzt werden darf, wenn der Schutz der Gesellschaft anders nicht möglich ist. In erster Linie gilt es jedoch zu prüfen, welche unblutigen Mittel verwendet werden könnten, um die Gesellschaft vor dem Angreifer zu schützen.²⁶⁶

Als besonders verabscheuungswürdiges Verbrechen bezeichnet das II. Vatikanische Konzil die Tötung eines Kindes (Abtreibung). In den folgenden Absätzen schreibt Papst Johannes Paul II. über das heutzutage fehlende Bewusstsein betreffend der Schwere des Vergehens der Abtreibung und der vorherrschenden Verharmlosung des Geschehens.²⁶⁷ Ähnlich der Abtreibung werden in der Enzyklika *Evangelium vitae* auch neuere Formen des Umgangs mit menschlichen Embryonen (z.B. In-vitro-Befruchtung, Pränataldiagnostik) bewertet.²⁶⁸ *„Die Tötung unschuldiger menschlicher Geschöpfe, und sei es auch zum Vorteil anderer, stellt in Wirklichkeit eine absolut unannehmbare Handlung dar.“*²⁶⁹

Ab Punkt 64 widmet sich Papst Johannes Paul II. dem anderen Ende des Daseins: dem Tod und dem Drama der Euthanasie. Durch die medizinischen Fortschritte und das kulturelle Umfeld, welches der Transzendenz wenig Raum lässt, haben sich die Wesensmerkmale des Sterbens verändert. Leid erscheint vielerorts als Niederlage, von welcher man sich unter allen Umständen befreien muss. *„Der Tod, der als absurd angesehen wird, wenn er ein Leben plötzlich unterbricht, das noch für eine an möglichen interessanten Erfahrungen reiche Zukunft offen ist, wird dagegen dann zu einer beanspruchten Befreiung, wenn das Dasein bereits für sinnlos gehalten wird, weil es in Schmerz getaucht und unerbittlich für weiteres noch heftigeres Leiden bestimmt ist.“*²⁷⁰ Ein Mensch, der die Beziehung zu Gott ablehnt, nimmt sich selbst als Maßstab an und verlangt von der Gesellschaft, dass ihm Möglichkeiten garantiert werden, um vollständig

²⁶³ vgl. Johannes Paul II, EV, 54

²⁶⁴ Johannes Paul II, EV, 55

²⁶⁵ vgl. Johannes Paul II, EV, 55

²⁶⁶ vgl. Johannes Paul II, EV, 56

²⁶⁷ vgl. Johannes Paul II, EV, 58

²⁶⁸ vgl. Johannes Paul II, EV, 63

²⁶⁹ Johannes Paul II, EV, 63

²⁷⁰ Johannes Paul II, EV, 64

autonom über das eigene Leben entscheiden zu können. In genau diesem Umfeld zeigt sich der verstärkte Drang nach Euthanasie, welche es ermöglichen soll, dem Leben auf sanfte Weise ein Ende zu bereiten. Hierin offenbart sich die „Kultur des Todes“, welche von der Wohlstandsgesellschaft gefördert und mit dem Leistungsdenken gekennzeichnet wird.²⁷¹

Das kirchliche Lehramt definiert Euthanasie in Evangelium vitae wie folgt: „*Unter Euthanasie im eigentlichen Sinn versteht man eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden.*“²⁷²

In den Blick geraten hierbei besonders der Vorsatz des Willens und die angewandten Vorgehensweisen. Die eben genannte Form von Sterbehilfe wird als Töten angesehen und ist somit seitens der katholischen Kirche unzulässig.

Neben der „Euthanasie im eigentlichen Sinn“ gibt es zwei ethisch vertretbare Formen von Euthanasie: Verzicht auf therapeutischen Übereifer und palliative Behandlungen.²⁷³ Mit „Verzicht auf therapeutischen Übereifer“ ist gemeint, dass auf bestimmte ärztliche Eingriffe verzichtet wird, wenn diese nicht in Relation zu den erhoffen Ergebnissen stehen oder für den Patienten und die Familie zu strapaziös sind. Ist der baldige Tod unvermeidlich, kann so auf eine schmerzhaft und ungewisse Lebensverlängerung durch weitere Behandlungen verzichtet werden. Dabei wird jedoch nicht auf die normalen Bemühungen verzichtet, welche dem Kranken geschuldet werden, da nach dem EV eine moralische Verpflichtung besteht sich pflegen zu lassen. Diese Verpflichtung muss je nach Situation abgeschätzt werden, wobei die „[...] therapeutischen Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen“²⁷⁴ sollen. In der modernen Medizin gewinnen immer mehr die palliativen Behandlungsweisen an Bedeutung. Diese sollen die körperlichen und auch psychischen Schmerzen im Endstadium einer Krankheit erträglicher machen. Zusätzlich zur medizinischen Behandlung spielt die menschliche Begleitung bei Palliativbehandlungen eine wichtige Rolle. Zwar können die schmerzlindernden Mittel mitunter zu einer Verkürzung des Lebens führen, jedoch ist dies erlaubt, sofern der Grund der Anwendung die tatsächliche Linderung der Schmerzen ist und nicht eine Todesabsicht. Laut EV erlaubt schon Pius XII. die Schmerzen durch entsprechende Medikamente zu unterdrücken, auch wenn dies mit einer Trübung des Bewusstseins und einer Lebensverkürzung einhergeht, da nicht jeder Kranke zu einer „heroischen“ Haltung verpflichtet werden kann. Unter „heroische“ Haltung ist dabei das freiwillig angenommene Leiden, durch den Verzicht auf bewusstseinsstrübende Maßnahmen, als Anteilnahme am Leid von Jesus Christus gemeint. Die Verabreichung der

²⁷¹ vgl. Johannes Paul II, EV, 64

²⁷² Johannes Paul II, EV, 65

²⁷³ vgl. Johannes Paul II, EV, 65; Marschütz, 2016, S. 284

²⁷⁴ Johannes Paul II., EV, 65

schmerzlindernden Mittel und die damit einhergehende Bewusstseinstrübung darf jedoch nicht ohne schwerwiegenden Grund geschehen. „[D]ie Menschen sollen vor dem herannahenden Tod in der Lage sein, ihren moralischen und familiären Verpflichtungen nachkommen zu können, und sich vor allem mit vollem Bewußtsein auf die endgültige Begegnung mit Gott vorbereiten können.“²⁷⁵

Auch den Selbstmord verurteilt das katholische Lehramt als schwerwiegende böse Entscheidung, welche, gleich wie Mord, sittlich unannehmbar ist. Genauso wie sonstige Formen der Tötung geht mit dem Selbstmord eine Zurückweisung der absoluten Souveränität Gottes einher. Wird die Selbstmordansicht eines anderen geteilt und wird bei der Durchführung geholfen (sog. assistierter Suizid), macht sich der Mithelfer als Täter eines Unrechts schuldig. Euthanasie wird in *Evangelium vitae* als falsches Mitleid bezeichnet, da sich echtes Mitleid mit dem Schmerz des anderen auseinandersetzen würde und seelischen Beistand bieten würde.²⁷⁶

Am schwerwiegendsten ist die Entscheidung für die Euthanasie an einem Menschen, wenn dieser nicht darum gebeten hat. „Der Höhepunkt der Willkür und des Unrechts wird dann erreicht, wenn sich einige Ärzte oder Gesetzgeber die Macht anmaßen darüber zu entscheiden, wer leben und wer sterben darf.“²⁷⁷

Ab Punkt 67 wird der Weg der Liebe und des echten Mitleids hervorgehoben. Leidende oder vor dem Tod stehende Menschen sollen Begleitung, Solidarität und Beistand erfahren.²⁷⁸ In der Enzyklika werden Bestrebungen deutlich kritisiert, welche die gesetzliche Legitimation für die zuvor dargelegten Anschläge auf das menschliche Leben beanspruchen. Die Meinungsäußerungen der modernen Gesellschaft gipfeln in der Forderung vollständiger Autonomie über das eigene Leben und das Leben ungeborener Kinder. Moralauffassungen sind dieser Ansicht nach nicht Teil des Gesetzes.²⁷⁹ Als Ursache solcher Forderungen sieht Papst Johannes Paul II. den ethischen Relativismus der vielerorts vorherrschenden, heutigen Kultur. „Manche behaupten, dieser Relativismus sei eine Voraussetzung für die Demokratie, weil nur er Toleranz, gegenseitige Achtung der Menschen untereinander und Bindung an die Entscheidungen der Mehrheit gewährleisten würde, während die als objektiv und bindend angesehenen sittlichen Normen zu Autoritarismus und Intoleranz führen würden.“²⁸⁰ Die Problematik der Achtung vor dem Leben führt jedoch vor Augen, welche Missverständnisse, welche Widersprüche und welche schrecklichen praktischen Folgen sich hinter diesem Relativismus verbergen. In der Enzyklika wird anstelle von wechselnden Meinungen die

²⁷⁵ Johannes Paul II., EV, 65

²⁷⁶ vgl. Johannes Paul II., EV, 66

²⁷⁷ Johannes Paul II., EV, 66

²⁷⁸ vgl. Johannes Paul II., EV, 67

²⁷⁹ vgl. Johannes Paul II., EV, 68

²⁸⁰ Johannes Paul II., EV, 70

Anerkennung eines objektiven Sittengesetzes als grundlegender Wert der Demokratie gefordert, welches als Naturgesetz in das Herz eines jeden Menschen geschrieben steht.²⁸¹

Abschließend fordert Papst Johannes Paul II., in Anlehnung an die Enzyklika *Pacem in terris* von Papst Johannes XXIII., die notwendige Übereinstimmung des staatlichen Gesetzes mit dem Sittengesetz.²⁸²

Am Ende des 3. Kapitels werden die negativen sittlichen Vorschriften nochmals abschließend als absolut wertvoll für die menschliche Freiheit dargelegt. Die Gebote Gottes gelten ohne Ausnahme, zu jeder Zeit und an jedem Ort.²⁸³ Papst Johannes Paul II. lädt dazu ein, das Gebot „Du sollst nicht töten.“ nicht nur im negativen Kontext zu sehen, sondern vor allem auch dessen positive Inhalte: Achtung, Liebe und Förderung des menschlichen Lebens.²⁸⁴

4.3.2.5 Das vierte Kapitel

Im vierten Kapitel erinnert Papst Johannes Paul II. nochmals an das Evangelium vom Leben, welches der Kirche und damit einhergehend den Menschen von Gott gesandt wurde. Dieses Geschenk wurde durch Jesus, als wesentlicher Bestandteil des Evangeliums, und die Apostel empfangen und in die ganze Welt hinausgetragen. So stehen wir auch heute noch im Dienst des Evangeliums vom Leben und dessen Verkündigung.²⁸⁵

In der heutigen Gesellschaft, welche sich inmitten eines Kampfes zwischen „Kultur des Lebens“ und „Kultur des Todes“ befindet, muss ein starker kritischer Geist heranreifen, welcher die wahren Werte und Erfordernisse erkennen kann. Um eine Strategie zugunsten des Lebens umsetzen zu können, bedarf es einer allgemeinen Mobilisierung der Gewissen und einer gemeinsamen sittlichen Anstrengung. Beginnen muss diese Neuerung der „Kultur des Lebens“ innerhalb der christlichen Gemeinde. Christlicher Glaube und sittliche Forderungen dürfen von den Gläubigen nicht getrennt werden, um nicht in einen moralischen Subjektivismus und so in unannehbare Verhaltensweisen zu verfallen.²⁸⁶

Schließlich wird zu einem großangelegten Gebet für das Leben weltweit aufgerufen. *„Mit außerordentlichen Initiativen und im gewohnten Gebet möge von jeder christlichen Gemeinde, von jeder Gruppe oder Vereinigung, von jeder Familie und vom Herzen jedes Gläubigen ein leidenschaftliches, inständiges Bittgebet zu Gott, dem Schöpfer und Freund des Lebens,*

²⁸¹ vgl. Johannes Paul II, EV, 70

²⁸² vgl. Johannes Paul II, EV, 71 ff.

²⁸³ vgl. Johannes Paul II, EV, 75

²⁸⁴ vgl. Johannes Paul II, EV, 77

²⁸⁵ vgl. Johannes Paul II, EV, 78-79

²⁸⁶ vgl. Papst Johannes Paul II, EV, 95

emporsteigen. “²⁸⁷ Jesus hat gezeigt, dass Gebet und Fasten die wirksamsten Waffen gegen das Böse sind. (vgl. Mt 4, 1-11) Genauso sollen auch wir die Demut und den Mut zum Beten und Fasten finden, um die himmlische Kraft auf Erden zu holen, welche die lebensfeindlichen Verhaltensweisen und Gesetze aus der Welt schafft und das Herz der Menschen zu einer liebenden Zivilisation des Lebens inspiriert.”²⁸⁸

4.3.2.6 *Der Schluss*

Im Schlussteil der Enzyklika geht Papst Johannes Paul II. auf die Bedeutung der Maria für das „Evangelium vom Leben“ ein. Maria hat „das Leben“ im Namen und zum Heil aller empfangen und steht somit in enger Verbindung mit dem „Evangelium vom Leben“. Marias Zustimmung bei der Verkündigung und ihre Mutterschaft sind ursprünglich und grundlegend für das menschengewordene Geschenk Gottes, Jesus Christus. Durch ihre Fürsorge ist das Leben der Menschen dem ewigen Tod entzogen werden.²⁸⁹ Durch die Betrachtung der Mutterschaft Marias entdeckt die Kirche den Sinn ihrer eigenen Mutterschaft und sieht die Muttererfahrung Marias als „[...] unvergleichliches Vorbild für die Aufnahme und Pflege des Lebens [...]“²⁹⁰. Mit einem Bittgebet an die Gottesmutter Maria schließt die Enzyklika *Evangelium vitae*.²⁹¹

4.3.3 *Katechismus der Katholischen Kirche (1997)*

Der Katechismus der Katholischen Kirche wurde im Jahr 1997 in deutscher Sprache veröffentlicht. Im dritten Teil („Das Leben in Christus“) befindet sich unter dem zweiten Abschnitt („Die Zehn Gebote“), im zweiten Kapitel („Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“) unter Artikel 5 („Das fünfte Gebot“) ein Abschnitt zur Achtung vor dem menschlichen Leben. Die Absätze 2276-2279 behandeln das Thema Euthanasie.

Grundsätzlich geht die katholische Kirche bei der Stellungnahme zur Frage der Sterbehilfe von der Geltung des Tötungsverbots aus. So heißt es in Absatz 2258 des Katechismus der Katholischen Kirche, dass das menschliche Leben heilig ist, da es von Gott geschaffen wurde und für immer in einer besonderen Beziehung zum Schöpfer bleibt, welcher gleichzeitig das einzige Ziel des Menschen ist. Gott ist demnach auch vom Lebensanfang bis zum Lebensende alleiniger Herr über das Leben. Niemand darf deshalb ein unschuldiges menschliches Wesen direkt zerstören.²⁹² Das Tötungsverbot bezieht sich also auf das direkte Töten eines

²⁸⁷ Papst Johannes Paul II, EV, 100

²⁸⁸ vgl. Papst Johannes Paul II, EV, 100

²⁸⁹ vgl. Papst Johannes Paul II, EV, 102

²⁹⁰ Papst Johannes Paul II, EV, 102

²⁹¹ vgl. Papst Johannes Paul II, EV, 105

²⁹² vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, 1997, 2258

unschuldigen Menschen und lässt damit offenbar gewisse Fälle von Tötung als ethisch legitim zu. Betreffend der Sterbehilfe ist relevant, dass scheinbar die indirekte Tötung eines Menschen vom Tötungsverbot ausgenommen ist.²⁹³

Der Katechismus schreibt vor, dass geschwächte, kranke oder behinderte Menschen zu unterstützen sind, damit diese ein möglichst normales Leben führen können. Die Durchführung von direkter Euthanasie ist sittlich unannehmbar. Eine den Tod herbeiführende Handlung oder Unterlassung, um Schmerz zu beenden, ist nach dem Katechismus der Katholischen Kirche Mord, sowie ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen Gott, dem Schöpfer.²⁹⁴

Es ist jedoch moralisch nicht verpflichtend eine unverhältnismäßige Therapie um jeden Preis durchzuführen. Wird ein aufwendiges und gefährliches medizinisches Verfahren eingestellt ist dies nicht das willentliche Herbeiführen des Todes, sondern die Einsicht, dass der Tod nicht mehr verhindert werden kann.²⁹⁵

Die einem kranken Menschen geschuldete Pflege darf auch nach dem Katechismus nicht abgebrochen werden, selbst wenn der Tod in absehbarer Zeit bevorsteht. Die Verabreichung schmerzlindernder Mittel ist in Ordnung, solange dabei nicht der Tod das Ziel ist, sondern die Linderung von Leid. Eine eventuelle Verkürzung des Lebens durch die Mittel wird dabei als unvermeidbar in Kauf genommen. Auch der Katechismus endet, ebenso wie die Erklärung zur Euthanasie, mit der Botschaft, dass die Betreuung von Sterbenden als vorbildliche Form von selbstloser Nächstenliebe zu fördern ist.²⁹⁶

4.3.4 Samaritanus bonus (2020)

Der „Samaritanus bonus“ wurde von der Vollversammlung der Kongregation am 29. Jänner 2020 beschlossen und am 14. Juli 2020 – nach der Billigung von Papst Franziskus - vom Präfekt Luis Francisco Cardinal Ladaria, S.I. unterzeichnet sowie zur Veröffentlichung freigegeben. Der Samaritanus bonus besteht aus einer Einführung, fünf Kapiteln sowie einem Schlusswort, welche im Folgenden überblicksmäßig dargestellt werden.

4.3.4.1 Vorwort zur Einordnung des Samaritanus bonus

Der Samaritanus bonus scheint zumindest teilweise durch zwei aktuelle Entwicklungen angeregt worden zu sein, welche eine internationale Debatte ausgelöst haben: Zum einen nimmt

²⁹³ vgl. Ernst, 2020, S. 95 f.

²⁹⁴ vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, 1997, 2276-2277

²⁹⁵ vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, 1997, 2278

²⁹⁶ vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, 1997, 2279

die medizinische Sterbehilfe zu, sowohl in Bezug auf die Verbreitung als auch bezüglich des Spektrums der Bedingungen und Situationen und zum anderen durch eine Reihe an medienwirksamen Fällen am Ende des Lebens, welche die katholische Kirche dazu veranlassen, sich mit der Ethik der medizinischen Zwecklosigkeit bzw. wenig erfolgsversprechender Behandlungen zu befassen. Die strikte und konsequente Ablehnung der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids seitens der katholischen Lehre, welche im Schreiben nochmals bekräftigt wird, führt außerdem zu Konflikten zwischen katholischen und nicht-katholischen Organisationen, welche unterschiedliche Ansichten vertreten, und zu Auseinandersetzungen über Religionsfreiheit und staatliche Auflagen für katholische Einrichtungen.²⁹⁷

Das Schreiben handelt von der Unantastbarkeit menschlichen Lebens, sowie der Sorge um Personen in kritischen Lebensphasen und in der Endphase ihres Lebens. Bereits Papst Johannes Paul II. prägte in der großen moraltheologischen Enzyklika „Evangelium vitae“ den Begriff des Personalismus. *„Darunter versteht Johannes Paul II. im Anschluss an [...] [Kants] kategorischen Imperativ mit der berühmten Formel vom Selbstzweck der menschlichen Person und an Max Schelers Phänomenologie die absolute Würde der menschlichen Person, die sich und ihre inneren Haltungen in äußeren Akten des Sprechens und Handelns zum Ausdruck bringt, daher den Raum der herstellenden Technik bei weitem überschreitet, so in diesem Sich-zum-Ausdruck-bringen erst vollendet durch ein ganzes Leben hindurch Persönlichkeit gewinnt und gerade deswegen jedem verzwecklichenden und herstellendem Zugriff absolut und kategorisch entzogen sein und bleiben muss.“*²⁹⁸ So liegt die Existenzberechtigung eines Menschen allein in dessen Substanz. Die menschliche Person ist christlich gesprochen von Gott gewollt und deshalb auch da, weil sie da sein muss. Aus diesem Grund verurteilt Papst Johannes Paul II. jegliche Form von Tötung, sei es die Tötung eines ungeborenen Embryos oder die Tötung eines sterbenden bzw. schwer kranken Menschen. Unterschieden wird hierbei jedoch zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. So nennt Schallenberg (2021) in einem seiner Artikel das Beispiel von Joseph Kardinal Höffner, welcher 1987 am sicheren Lebensende auf die den Sterbeprozess verzögernden medizinischen Behandlungen verzichtete.²⁹⁹

Die Verurteilung von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid geht auch für die katholische Moraltheologie mit der umstrittenen Frage nach der Freiwilligkeit einher: Ist der subjektive, selbstbestimmte Wunsch das Leben zu beenden von Staats wegen über einen objektiven Lebensschutz zu stellen? Widerspricht ein Gesetz, welches Sterbehilfe verbietet der unaufgebbaren Autonomie der Menschen? Der Samaritanus bonus ist nicht dieser Meinung und

²⁹⁷ vgl. Redinger & Eberl, 2022, S. 501

²⁹⁸ Schallenberg, 2021, S. 283

²⁹⁹ vgl. Schallenberg, 2021, S. 283 f.

setzt sich mit Blick auf diverse Länder, welche bereits liberale Gesetze betreffend der Sterbehilfe erlassen haben, mit den moralischen Problemen aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid auseinander.³⁰⁰

4.3.4.2 Die Einführung

Die Einführung in das Schreiben startet mit dem Satz: „Der barmherzige Samariter, der seinen Weg verlässt, um dem Kranken zu helfen (vgl. Lk 10, 30-37) ist das Bild Jesu Christi, der dem Heilsbedürftigen begegnet und sich um seine Wunden und Schmerzen kümmert, mit »dem Öl des Trostes und dem Wein der Hoffnung«.“³⁰¹ Doch wie lässt sich diese Botschaft in der heutigen Zeit anwenden? Zwar begrüßt die katholische Kirche im Samaritanus Bonus die fortschrittlichen medizinischen Technologien, jedoch darf das Versorgen von Patienten nicht in einem medizinischen Übereifer ausarten. Bereits im Jahr 2007 verwies Papst Benedikt XVI. darauf, dass der technische Fortschritt mit einem Fortschritt in der moralischen Bildung des Menschen einhergehen muss.³⁰² In erster Linie gilt es stets die Würde des menschlichen Lebens zu achten, besonders in einer kritischen oder der letzten Phase des Lebens. In der Einführung werden besonders jene Länder kritisiert, welche Formen des assistierten Suizids und der aktiven Sterbehilfe legitimieren und damit einhergehend das Arzt-Patient-Verhältnis auf eine rein vertragliche und technische Beziehung reduzieren. „Diese Gesetze leugnen die ethischen und rechtlichen Grenzen der Selbstbestimmung der kranken Person und verschleiern auf beunruhigende Art und Weise den Wert des menschlichen Lebens in der Krankheit, den Sinn des Leidens und die Bedeutung der Zeit, die dem Tod vorausgeht.“³⁰³ Die Kongregation für die Glaubenslehre kritisiert die Annahme von Tod und Schmerz als Kriterien zur Bemessung der Menschenwürde, da entsprechend des katholischen Glaubens die Menschenwürde einem jeden Menschen von Geburt an bis hin zum Tod zugrunde liegt.³⁰⁴ So wird bereits in der Einführung des Samaritanus bonus der inhumane Charakter der Legalisierung von Sterbehilfe deutlich unterstrichen. In den vier im Schreiben folgenden Kapiteln wird das Handeln des barmherzigen Samariters als Vorbild für eine medizinische Ethik entfaltet.³⁰⁵

³⁰⁰ vgl. Schallenberg, 2021, S. 284

³⁰¹ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, Einführung

³⁰² vgl. Benedikt XVI., 2007, Nr. 22

³⁰³ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, Einführung

³⁰⁴ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, Einführung

³⁰⁵ vgl. Schallenberg, 2021, S. 284

4.3.4.3 Das erste Kapitel

Das erste Kapitel des Samaritanus Bonus ruft dazu auf sich des Nächsten anzunehmen. Dabei werden „[...] kurz die Grundlagen der katholischen Anthropologie mit der Bestimmung des Menschen als Leib-Seele-Einheit, die einer besonderen Fürsorge bedarf [...]“³⁰⁶ skizziert. Gerade in schwierigen Lebensphasen fällt es Menschen oft schwer den Sinn des Lebens anzuerkennen. Mitarbeitern im Gesundheitswesen wird es anvertraut, das menschliche Leben bis hin zur natürlichen Vollendung, leiblich als auch seelisch, fürsorglich zu hüten. Die medizinische Fürsorge gründet im menschlichen Zustand der Verletzlichkeit. Der menschliche Körper ist materiell und endlich, die Seele jedoch hegt das Verlangen nach Unendlichkeit. Im Samaritanus bonus wird der Mensch beschrieben als ein endliches Geschöpf, welches doch für die Ewigkeit bestimmt ist. Diese Vorstellung macht den Menschen zum einen abhängig von den weltlichen, materiellen Gütern und zum anderen von der gegenseitigen Hilfe der Menschen untereinander und der ursprünglichen Bindung an Gott. Die Verletzlichkeit legt dabei die Grundlage für die Ethik der Fürsorge. Unter dem Grundsatz der goldenen Regel (vgl. Mt 7, 12) offenbart sich in der Fürsorge, dass das menschliche Leben gefördert werden soll und das Personen nicht geschädigt werden dürfen.³⁰⁷

Der Arzt ist dafür verantwortlich für das Leben Sorge zu tragen. Damit ist nicht nur die Heilung von Kranken gemeint. Auch bei unmöglicher oder unwahrscheinlicher Heilung besteht dem Schreiben nach die Verpflichtung, medizinisch-pflegerische, spirituelle und psychologische Begleitung zu leisten.³⁰⁸ Die Annahme, der Schutz und die Förderung des menschlichen Lebens müssen fortbestehen, „[...] wenn schon nicht [um] zu heilen, dann doch [um] Sorge zu tragen.“³⁰⁹ Die Glaubenskongregation fordert besonders die von christlichen Werten inspirierten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen auf, Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit anzuerkennen und sich spirituell der Patienten anzunehmen. Die Schwäche erinnert an die Abhängigkeit von Gott und lädt dazu ein, dem Nächsten mit Respekt entgegenzutreten und jede menschliche Person als ein unveräußerliches Gut wahrzunehmen, welches sich aus Seele und Leib zusammensetzt. Der Leib wird vom Geist durchlebt. An einem gewissen Punkt muss jedoch die Todesgrenze, welche Teil der menschlichen Verfassung ist, akzeptiert werden. Die Unmöglichkeit der Heilung ist nach Samaritanus bonus jedoch nicht mit Unbehandelbarkeit gleichzusetzen. Ein Mensch in der letzten Lebensphase muss genauso wie zuvor physisch, psychisch, sozial, familiär und religiös behandelt werden.³¹⁰ „Die pastorale Sorge aller:

³⁰⁶ Schallenberg, 2021, S. 285

³⁰⁷ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, I. Sich des Nächsten annehmen

³⁰⁸ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, I. Sich des Nächsten annehmen

³⁰⁹ Schallenberg, 2021, S. 285

³¹⁰ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, I. Sich des Nächsten annehmen; Schallenberg, 2021, S. 285

*Familienmitglieder, Ärzte, Krankenpfleger und Krankenhausseelsorger, kann dem Patienten helfen, in der heiligmachenden Gnade auszuharren und in der Nächstenliebe, in der Liebe Gottes zu sterben.*³¹¹ Genau in diesem Aufruf zur besonderen Fürsorge liegt der entscheidende Mehrwert von katholischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Hospizen.³¹²

4.3.4.4 *Das zweite Kapitel*

Das zweite Kapitel des Samaritanus bonus handelt vom Leid Chrii und der Verkündigung der Hoffnung. Der zuvor genannte Mehrwert wird in diesem Kapitel entfaltet und die umfassende Sorge um Patienten wird in Anbetracht der christlichen Perspektive des Kreuzes weiter erläutert. Die Ausführungen sind besonders für palliative Einrichtungen und Hospize von hohem Wert.³¹³

Die Passion Christi zeigt vielfältige Erfahrungen von Schmerz, Angst, Spott, Unverständnis und Verlassenheit auf, welche bis heute Menschen während langer Krankheit oder am Ende des Lebens treffen können. Das Schreiben stellt die Zeit am Ende des Lebens, bevor man das eigene Leben vertrauensvoll an Gott übergibt, als eine Zeit voller Sorge um die Zurückbleibenden, voller Einsamkeit und voller Verlassenheit dar. Durch das Lesen der Leiden Christi lässt sich auch dem Menschen heute eine Hoffnung verleihen, welche selbst in Zeiten von Krankheit und Tod Sinn und Hoffnung geben kann. Im Samaritanus bonus wird die Hoffnung als die Liebe beschrieben, welche es vermag, der Versuchung der Verzweiflung zu widerstehen. Rein palliative Behandlungsmethoden sind wertlos, wenn nicht jemand beim Patienten steht und dessen einzigartigen Wert bezeugt. Die Erfahrung des Kreuzes stellt ein Element für das Verständnis dar, sowie ein Zeichen der Liebe und der Hoffnung.³¹⁴

4.3.4.5 *Das dritte Kapitel*

Im dritten Kapitel des Schreibens wird das menschliche Leben als heiliges und unantastbares Geschenk in den Mittelpunkt gestellt. Dabei wird der moraltheologische Begriff der Heiligkeit des menschlichen Lebens erläutert.³¹⁵

Zu Beginn des Kapitels wird auf die Frage nach der Menschenwürde eingegangen. Jeder Mensch ist zur liebenden Gemeinschaft mit Gott berufen, worin auch seine unantastbare Würde liegt. Das menschliche Leben ist nach Schallenberg als ein Geschenk Gottes zu betrachten,

³¹¹ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, I. Sich des Nächsten annehmen

³¹² vgl. Schallenberg, 2021, S. 285

³¹³ vgl. Schallenberg, 2021, S. 285

³¹⁴ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, II. Die lebendige Erfahrung des leidenden Christus und die Verkündigung der Hoffnung

³¹⁵ vgl. Schallenberg, 2021, S. 285

welches dazu dient, sich auf Gottes ewige Liebe vorzubereiten. Einzig durch die bewusste Aufgabe der eigenen Würde könnte dieses Geschenk aufgegeben werden. Aus diesem Grund lehnt das kirchliche Lehramt auch den freiwilligen und bewussten Freitod ab.³¹⁶

Alle Menschen behalten als Abbild Gottes stets ihre ursprüngliche Würde, unabhängig von körperlicher oder geistiger Verfassung. Wie der barmherzige Samariter den Krankendienst als Teil seiner Mission als selbstverständlich erachtet, so ist auch die Kirche nach dem Samaritanus bonus dazu berufen, mit Barmherzigkeit die Schwächsten auf ihrem schmerz erfüllten Weg zu begleiten. Das Programm des barmherzigen Samariters fordert dazu auf, dass Herz umzukehren in ein mitfühlendes, sehendes Herz, denn dieses nimmt wahr, wo Liebe und Handeln benötigt werden.³¹⁷ Der Blick des Samariters bleibt nicht an äußerlichen Zuständen hängen, sondern geht tiefer. Der Mensch soll im Laufe seines Lebens dieses entfalten, die „[...] *Lebenslänge steht [dabei] im Dienst an der Lebenstiefe [...]*“³¹⁸. Schallenberg verdeutlicht dies mit folgendem Satz aus dem Evangelium vitae: „*Das Leben ist immer ein Gut. Das ist eine intuitive Ahnung oder sogar eine Erfahrungstatsache, deren tiefen Grund zu erfassen der Mensch berufen ist.*“³¹⁹ Hierin und im bereits vertieft dargestellten, unantastbaren Wert des Lebens, kann der Kern des natürlichen Sittengesetzes und eine wesentliche Grundlage der Rechtsordnung gesehen werden. Das Vorziehen der Autonomie des Menschen gegenüber der biologischen und medizinischen Erhaltung des Lebens, gibt den Menschen für die Selbstabschaffung frei.³²⁰

Im Samaritanus bonus heißt es daher auch sehr deutlich, dass die Tötung eines Kranken, welcher um Sterbehilfe bittet, nicht die Anerkennung seiner Autonomie, sondern die Verkennung des Wertes seiner Freiheit und des Wertes seines Lebens, sowie die Verweigerung jeder weiteren Möglichkeit von menschlichen Beziehungen, des Existenzsinnes und das Wachsen im Leben auf Gott hin bedeutet. Ebenso ist die vom Menschen getroffene Entscheidung über den Moment des Todes ein Hinwegsetzen über Gott. Aus diesem Grund schreibt die Glaubenskongregation, dass bei der Durchführung von Sterbehilfe, genauso wie bei Abtreibung und freiwilligem Selbstmord, jener Mensch weit mehr entwürdigt wird, der dieses Unrecht tut, als jener, der es erleidet.³²¹

³¹⁶ vgl. Schallenberg, 2021, S. 285

³¹⁷ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, III. Das „sehende Herz“ des Samariters: Das menschliche Leben ist ein heiliges und unantastbares Geschenk

³¹⁸ Schallenberg, 2021, S. 285

³¹⁹ Johannes Paul II, EV, 34

³²⁰ vgl. Schallenberg, 2021, S. 285; Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, III. Das „sehende Herz“ des Samariters: Das menschliche Leben ist ein heiliges und unantastbares Geschenk

³²¹ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, III. Das „sehende Herz“ des Samariters: Das menschliche Leben ist ein heiliges und unantastbares Geschenk

4.3.4.6 Das vierte Kapitel

Kulturelle Hindernisse können dazu führen, dass die Fähigkeit zur Erfassung des heiligen Wertes eines jeden menschlichen Lebens eingeschränkt wird. Im vierten Kapitel des Samaritanus bonus werden diese heutzutage vorherrschenden, hinderlichen Faktoren erörtert: Als erstes Hindernis wird die utilitaristische anthropologische Perspektive genannt, welche vor allem die materiellen Güter - wie finanzielle Möglichkeiten, Schönheit, Genuss des physischen Lebens – in den Mittelpunkt stellt und auf die geistlichen, religiösen Aspekte vergisst. Die Würde eines Lebens hängt hierbei von dessen „Qualitätsniveau“ ab. Erscheint die Lebensqualität als niedrig, verdient es auch nicht mehr fortgesetzt zu werden. Bei diesem Ansatz wird der Wert des Lebens einem Menschen mit „niedriger Lebensqualität“ aberkannt. Als zweites Hindernis wird ein falsches Verständnis von Mitgefühl genannt. Das Wahrnehmen von als unerträglich eingestuftem Leid führt zu der Annahme, dass sterben besser ist als mit diesem Leid zu leben. Im Samaritanus bonus wird dies als „mitfühlende Euthanasie“ bezeichnet: Die Durchführung der Sterbehilfe als mitfühlende Hilfe. *„In Wirklichkeit besteht menschliches Mitgefühl nicht darin, den Tod zu verursachen, sondern darin, den Patienten anzunehmen, ihn in Schwierigkeiten zu unterstützen, ihm Zuneigung, Aufmerksamkeit und die Mittel zur Linderung des Leidens anzubieten.“*³²²

Der wachsende Individualismus ist der dritte und letztgenannte Faktor, welcher es erschwert, den Wert des eigenen Lebens und des Lebens anderer anzuerkennen. Der zunehmende Individualismus führt zur Vereinsamung von Menschen. Im Schreiben wird die dem Individualismus zugrundeliegende Idee genauer dargestellt: nämlich das diejenigen, die sich in einem Abhängigkeitszustand befinden, im Sinne der Gunst versorgt werden sollen. Das Konzept des Guten wird auf eine soziale Vereinbarung reduziert, welche besagt, dass jeder Mensch die Fürsorge erhält, die ihm Autonomie möglich macht oder dem sozialen und wirtschaftlichen Nutzen angemessen ist. Die Folge des Konzepts ist die Verarmung zwischenmenschlicher Beziehungen, sowie die Förderung der Manipulierbarkeit und Unempfindlichkeit gegenüber der Sorge für die Kranken. Papst Franziskus spricht in diesem Sinne von einer Wegwerfkultur, die droht, gerade die zerbrechlichsten Menschen zugunsten der Effizienz zu opfern.³²³

³²² Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, IV. Die kulturellen Hindernisse, die den heiligen Wert jedes menschlichen Lebens verschleiern

³²³ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, IV. Die kulturellen Hindernisse, die den heiligen Wert jedes menschlichen Lebens verschleiern

4.3.4.7 Das fünfte Kapitel

Das fünfte Kapitel, „Die Verkündigung des Lehramtes“, unterteilt sich in 12 Punkte und legt die endgültige katholische Lehre zur Euthanasie fest:

1. *Das Verbot der Euthanasie und des assistierten Suizids*

Im Samaritanus bonus wird die Euthanasie als ein „*Verbrechen gegen das menschliche Leben*“³²⁴ bezeichnet, da dabei ein Mensch vorsätzlich entscheidet das Leben eines anderen unschuldigen Menschen direkt zu beenden. Dieses vorsätzliche Töten eines Menschen widerspricht dem Naturrecht und dem überlieferten Wort Gottes. Genauso verletzt nach kirchlichem Lehramt das Mitwirken am Suizid das göttliche Gesetz und stellt eine mörderische Handlung dar. „*Das Leben hat für jeden die gleiche Würde und den gleichen Wert: Der Respekt vor dem Leben des anderen ist der gleiche, den man seiner eigenen Existenz schuldet.*“³²⁵ Durch den freien Entschluss sich das Leben zu nehmen, bricht die Beziehung zu Gott und zu den Mitmenschen. Beim assistierten Suizid kommt noch hinzu, dass man sich an der Verzweiflung eines anderen beteiligt und diesen nicht dazu ermutigt den Willen auf Gott und so auf den wahren Wert des Lebens zu richten. Durch das fehlende Recht willkürlich über das eigene Leben und das Leben anderer zu bestimmen, wird im Samaritanus bonus auch festgehalten, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen im Dienst des Lebens handeln sollen und dieses bis zum Ende unterstützen.³²⁶

2. *Die moralische Verpflichtung, den therapeutischen Übereifer auszuschließen*

Am Ende des Lebens hat jeder Mensch das Recht würdevoll und in einem ruhigen körperlichen und geistigen Zustand sterben zu können. Zum Schutz dieser menschlichen Würde des Sterbens müssen nach kirchlichem Lehramt einerseits die Vorwegnahme des Todes und andererseits der therapeutische Übereifer ausgeschlossen werden. Mit therapeutischem Übereifer ist „*[...] der Verzicht auf außergewöhnliche und/oder unverhältnismäßige Mittel [...]*“³²⁷ gemeint und damit einhergehend auch die Akzeptanz eines baldigen, natürlichen Todeseintritts. Der Verzicht auf therapeutischen Übereifer ist daher nicht mit Selbstmord oder Euthanasie gleichzusetzen.³²⁸

3. *Die Grundversorgung: die Pflicht zur Ernährung und Wasserversorgung*

Es ist grundlegend dass ein Patient bis hin zum Tod kontinuierlich in seinen wesentlichen physiologischen Funktionen unterstützt wird. Zur Grundversorgung zählt die

³²⁴ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³²⁵ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³²⁶ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³²⁷ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³²⁸ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

Verabreichung von Wasser und Nahrung. Diese ist so lange durchzuführen, bis der Körper des Patienten die Nährstoffe nicht mehr aufnehmen bzw. verarbeiten kann. Danach ist der natürliche Verlauf einer kritischen/tödlichen Krankheit zu akzeptieren.³²⁹

4. *Die palliativen Behandlungsmethoden*

Durch palliative Behandlungsmethoden soll der Patient in den schmerzhaftesten und tödlichen Stadien einer Krankheit begleitet werden. Neben dem Stillen von physischen Grundbedürfnissen müssen auch emotionale und spirituelle Bedürfnisse durch entsprechende menschliche Begleitung gestillt werden. Der spirituelle Beistand soll Sterbenden sowie den Familienmitgliedern Hoffnung auf Gott geben und bei der Akzeptanz des Todes helfen. Besonders bei länger andauerndem Leiden am Lebensende kann durch die palliative Versorgung, zusätzlich zur geistigen Begleitung, eine wirksame Schmerztherapie verabreicht werden. Das Einstellen palliativer Interventionen aus der Intention heraus den Tod herbeizuführen (z.B. Einstellung der Wasserversorgung trotz einer Lebensprognose mehrerer Wochen/Monate) ist nicht erlaubt.³³⁰

5. *Die Rolle der Familie und die Hospize*

Die Familie spielt bei der Behandlung totkranker Menschen eine wesentliche Rolle. „*In der Familie verlässt sich die Person auf feste Beziehungen, wird als sie selbst geschätzt und nicht nur wegen ihrer Produktivität oder Freude, die sie erzeugen kann.*“³³¹ Die Familie kann dem Patienten, anstelle des Gefühls eine Belastung zu sein, das Gefühl von Nähe und Wertschätzung geben. Hierfür benötigt auch die Familie Hilfe und Unterstützung, beispielsweise durch die Einrichtung von Hospizen. In Hospizen werden todkranke Menschen bis zum Schluss fürsorglich aufgenommen und verlässlich begleitet.³³²

6. *Die Begleitung und die Fürsorge in vorgeburtlichem und pädiatrischem Alter*

Säuglinge und Kinder, welche von lebensverkürzenden Krankheiten betroffen sind oder sich bereits am Ende des Lebens befinden, müssen respektvoll begleitet werden und Beistand sowie Fürsorge bis zum Lebensende erhalten. Das Leben dieser Kinder ist genauso wie das Leben erwachsener Personen als heilig und unantastbar anzusehen. „*Das [sic] perinatale Palliativversorgung fördert in diesem Sinne einen integrierten Pflegeverlauf, der zur Betreuung durch Ärzte und pastorale Mitarbeiter die ständige*

³²⁹ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³⁰ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³¹ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³² vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

Anwesenheit der Familie hinzufügt.“³³³ Ziel ist den Jahren, die dem Kind verbleiben, Leben hinzuzufügen und nicht andersherum. Die Verwendung von Pränataldiagnostik für selektive Zwecke ist absolut unzulässig, da dies der Würde der Person widerspricht. Die absichtliche Tötung eines unschuldigen Menschenlebens, in diesem Fall die Abtreibung, ist niemals erlaubt. Auch das Einstellen bzw. Unterlassen von Pflege eines Neugeborenen aufgrund des Vorhandenseins von oder der schlichten Möglichkeit zukünftiger Behinderung(en) wird vom kirchlichen Lehramt nicht gebilligt.³³⁴

7. *Analgetische Therapien und Unterdrückung des Bewusstseins*

Die Kirche erlaubt analgetische Therapien zur Schmerzlinderung, auch wenn diese möglicherweise mit einer Bewusstseinsunterdrückung (Sedierung) einhergehen. Patienten soll dadurch ein „[...] *Lebensende in größtmöglichem Frieden und unter den besten inneren Bedingungen* [...]“³³⁵ ermöglicht werden, selbst wenn durch die Behandlungen der Todeszeitpunkt beschleunigt wird. Vor der Verabreichung der Analgetika wird seitens des Lehramts eine spirituelle Vorbereitung empfohlen, um den Tod und die folgende Begegnung mit Gott bewusst antreten zu können. Durch den Einsatz von Analgetika darf der Tod nicht direkt und absichtlich herbeigeführt werden, da dies als Akt der Euthanasie inakzeptabel wäre. Der direkte Zweck der Tötungsabsicht muss daher bei der Anwendung von analgetischen Therapien ausgeschlossen werden.³³⁶

8. *Der vegetative Zustand und der minimale Bewusstseinszustand*

Leidet ein Patient an einem anhaltenden Bewusstseinsverlust so spricht man von einem vegetativen Zustand. Selbst im minimalen Bewusstseinszustand ist jeder Patient als menschliche Person mitsamt der ihn zukommenden Würde wahrzunehmen und zu behandeln. Der Patient hat das Recht auf Ernährung und Wasserversorgung, solange diese als verhältnismäßig erscheinen. Ist die Verabreichung nicht mehr wirksam oder verursachen die verabreichten Mittel negative Auswirkungen, welche den Nutzen überwiegen, kann auf diese verzichtet werden. Nach kirchlichem Lehramt ist es auch besonders wichtig, Angehörige der Patienten entsprechend pastoral zu begleiten und zu betreuen, „[...] *damit sie die verlängerte Last der Sorge für Kranke in derartigen Zuständen tragen können* [...]“³³⁷.

³³³ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³⁴ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³⁵ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³⁶ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³⁷ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

9. *Einspruch aus Gewissensgründen seitens der Mitarbeiter im Gesundheitsdienst und der katholischen Gesundheitseinrichtungen*

Das kirchliche Lehramt fordert insbesondere alle Beschäftigten im Gesundheitswesen dazu auf, die aktive Euthanasie als auch die materielle Mitwirkung am Suizid zu verweigern, da es nach christlichem Zeugnis kein Recht auf Suizid und Euthanasie gibt. Rechte existieren zum Schutz des Lebens und zum Schutz der Ko-Existenz von Menschen, nicht um den Tod herbeizuführen. Kranke haben das Recht auf eine menschenwürdige Begleitung und Versorgung bis hin zum Tod. Im Samaritanus Bonus wird gefordert, dem Gewissen nach zu handeln und das Mitwirken an staatlich erlaubter oder gar geforderter Sterbehilfe zu unterlassen. Im Schreiben wird dies als „Einspruch aus Gewissensgründen“ bezeichnet. *„Katholische Krankeneinrichtungen sind aufgerufen, treue Zeugen der unverzichtbaren ethischen Pflicht zur Achtung der grundlegenden menschlichen und christlichen Werte zu sein [...] und zwar durch die Enthaltung von offensichtlich moralisch unerlaubten Verhaltensweisen [...]“*³³⁸ Auch die institutionelle Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern, welche sich der Durchführung von Sterbehilfe nicht entsagen, ist aus ethischen Gründen unannehmbar.³³⁹

10. *Die pastorale Begleitung und die Unterstützung durch Sakramente*

Die Kirche soll Menschen bis zum Moment des Todes als Akt der Nächstenliebe spirituell begleiten und Gebete sowie die Spendung von Sakramenten (Buße/Versöhnung, Krankensalbung und Eucharistie als Wegzehrung) anbieten. Wie das Gleichnis vom barmherzigen Samariter aufzeigt, soll die Beziehung zum leidenden Nächsten von Aufmerksamkeit, Zuhören, Verständnis, Mitgefühl und Diskretion geprägt sein. Nach kirchlichem Lehramt ist die gesamte christliche Gemeinschaft dazu verpflichtet sich anderen und deren Leiden anzunehmen. Auch an dieser Stelle des Schreibens wird der hohe Wert und die Wichtigkeit der Familie als Begleiter im Leiden angesprochen.³⁴⁰

11. *Die pastorale Unterscheidung gegenüber denen, die um Euthanasie oder assistierten Suizid bitten*

Die Sakramente der Buße und Versöhnung mit Lossprechung, der Krankensalbung und der Wegzehrung dürfen nach kirchlichem Lehramt keiner Person gespendet werden, welche sich ausdrücklich für Euthanasie oder assistierten Suizid ausspricht. Hat eine

³³⁸ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³³⁹ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³⁴⁰ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

Person um Euthanasie oder Sterbehilfe gebeten und sich schließlich doch umentschieden, hat sich der Beichtvater im Vorfeld zu vergewissern, ob diese die für die Lossprechung notwendige Reue über die begangene Sünde zeigt. Hat sich eine Person beispielsweise bei einem Verein für Sterbehilfe registriert, muss diese beabsichtigen vor dem Empfang der Sakramente die Registrierung rückgängig machen. Ist die Person nicht mehr bei Bewusstsein, wird jedoch ein Zeichen von Reue vermutet, so ist es dem Priester erlaubt die Sakramente sub condicione zu spenden. Die Verweigerung der Sakramente durch die Kirche soll jedoch kein Zeichen für eine fehlende Annahmefähigkeit von Kranken sein. Das Angebot einer Begleitung, sowie die vertiefte Erklärung der Inhalte der Sakramente bleibt stets gewährt und soll die Möglichkeit zur Umkehrung bis zum letzten Moment geben.³⁴¹ *„Es ist jedoch seitens derer, die diese Kranken spirituell begleiten, keine externe Geste zulässig, die als Zustimmung zur Handlung der Euthanasie interpretiert werden könnte, wie zum Beispiel zum Zeitpunkt ihrer Durchführung anwesend zu bleiben.“*³⁴²

12. Die Reform des Bildungssystems und der Ausbildung vom Gesundheitspersonal

Besonders in der heutigen Zeit trägt die Bildung wesentlich zur Sensibilisierung für den Schutz des menschlichen Lebens in kritischen Phasen bei. Durch Familien, Bildungseinrichtungen und Pfarrgemeinden muss zur Feinfühligkeit gegenüber dem Nächsten, sowie dessen Leid, aufgerufen werden. Das kirchliche Lehramt spricht sich für eine entsprechende spirituelle und moralische Bildung für Beschäftigte im Gesundheitswesen aus, um in der Endphase des Lebens die benötigte menschliche und psychologische Hilfe leisten zu können. Im Schreiben wird die Verbreitung korrekter palliativer Behandlungsweisen weltweit gefordert. *„Menschliche und spirituelle Betreuung muss Teil der akademischen Ausbildungsverläufe für alle Angehörigen der Gesundheitsberufe und in den Krankenhauspraktika werden.“*³⁴³ Das Augenmerk soll auf der psychologischen und spirituellen Betreuung der Patienten und deren Familien liegen.³⁴⁴

4.3.4.8 Die Schlussworte

Im Schlusswort des Samaritanus Bonus wird nochmals an die Botschaft des barmherzigen Samariters erinnert, welcher sich durch seine Taten zum Nächsten des Verwundeten macht.

³⁴¹ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³⁴² Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³⁴³ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

³⁴⁴ vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, V. Die Verkündigung des Lehramts

Diese Berufung zur Liebe und Sorge ist bis heute aktuell und sollte einem jeden Menschen bis zum Ende seines Lebens zukommen. Das Schreiben schließt mit folgenden Worten aus dem Matthäusevangelium 25, 31-46: *„Nehmt das Reich in Besitz, weil ich krank war und ihr mich besucht habt. Wann, Herr? Jedes Mal, wenn ihr es für einen eurer geringsten Brüder, einen eurer leidenden Brüder getan habt, habt ihr es mir getan.“*³⁴⁵

4.4 Stellungnahmen zum neuen österreichischen Sterbeverfügungsgesetz seitens der katholischen und evangelischen Kirche

Innerhalb einer dreiwöchigen Frist konnte zum Gesetzesentwurf im Dezember 2021 schriftlich Stellung genommen werden. Sowohl die Österreichische Bischofskonferenz als auch der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. nahmen seitens der katholischen und der evangelischen Kirche Stellung. In den folgenden Unterkapiteln werden beide Stellungnahmen begutachtet und mit dem am 01.01.2022 tatsächlich in Kraft getretenen Gesetz abgeglichen.

4.4.1 Stellungnahme der Österreichischen Bischofskonferenz

Am 12. November 2021 nahm das Generalsekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz zum Gesetzesentwurf, GZ 2021-0.723.419 (Sterbeverfügungsgesetz), Stellung.

Zu Beginn der Stellungnahme werden grundsätzliche Gedanken zur Aufhebung des Verbots zur Beihilfe zum Suizid, sowie die uneingeschränkte Zurückweisung des assistierten Suizids festgehalten. Die Österreichische Bischofskonferenz sieht geäußerte Suizidwünsche in der Regel als Hilferuf nach menschlicher Zuwendung, seelischem Beistand und ärztlicher Schmerzlinderung. Die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs, durch welche das Verbot der Beihilfe zum Suizid aufgehoben wurde, wird in der Stellungnahme als kultureller Dammbruch mit unvorhersehbaren Auswirkungen beschrieben. Das bisherige Verbot zum assistierten Suizid schützte vulnerable Personengruppen vor gesellschaftlichen und privaten Druck in der Entscheidung für einen Suizid und sicherte damit die Freiheit und die Autonomie. Die Österreichische Bischofskonferenz merkt an, dass dieser Schutz vor Freiheit und Autonomie für vulnerable Personen verloren geht. In der Stellungnahme befinden sich Hinweise auf Verbesserungen des geplanten Gesetzes, obwohl *„[...] in dieser Stellungnahme die generelle Zurückweisung der Suizidassistenz uneingeschränkt aufrecht bleibt.“*³⁴⁶ Im Gegenzug appelliert die Österreichische Bischofskonferenz in der Stellungnahme mit

³⁴⁵ Kongregation für die Glaubenslehre, 2020, Schlusswort

³⁴⁶ Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 2

Nachdruck für einen Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung, sowie für dessen gesicherte Finanzierung in Österreich.³⁴⁷

Im zweiten Teil der Stellungnahme der Österreichischen Bischofskonferenz werden vier Punkte aufgezählt, welche die vorgegebenen Grenzen seitens des Verfassungsgerichtshof für die Gesetzgebung nochmals aufgreifen:

- a) Damit die Suizidassistentz ein Ausnahmefall bleibt, darf diese keinesfalls generell straflos sein.
- b) Es muss sichergestellt werden, dass suizidwillige Personen ihre Entscheidung freiwillig und ohne Beeinflussung durch ihr Umfeld oder andere Personen getroffen haben.
- c) Personen mit verminderter oder beeinträchtigter Entscheidungsfähigkeit dürfen keine Suizidassistentz in Anspruch nehmen.
- d) Solange die vom Verfassungsgerichtshof geforderte Dauerhaftigkeit des Entschlusses zum Suizid nicht vorliegt, darf keine erlaubte Beihilfe zum Suizid stattfinden.³⁴⁸

Im dritten Teil der Stellungnahme zeigt die Österreichische Bischofskonferenz auf, welche der vom Verfassungsgerichtshof festgelegten Vorgaben bei der Erstellung des Gesetzesentwurfs missachtet wurden und erbringt, entsprechend der im zweiten Teil aufgezählten Vorgaben, Änderungsvorschläge:

- a) Zu Beginn wird die generelle Straffreistellung der Beihilfe zum Suizid mit der Ausnahme von vier konkreten Fällen, nämlich Minderjährigkeit des Sterbewilligen, verwerfliche Beweggründe, fehlende Krankheit im Sinne des §6 Abs 3 StVfG oder fehlende ärztliche Aufklärung nach §7 StVfG, kritisiert. Ebenso steht die durch den Entwurf nicht sichergestellte Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches in der Kritik, sowie die nicht gewährleistete Entscheidungsfähigkeit des Suizidenten. Zusätzlich wird seitens der Österreichischen Bischofskonferenz bekrittelt, dass jede andere Form der Beihilfe zum Suizid, außer mittels eines tödlichen Gifts aus der Apotheke, unmittelbar nach der zweiten ärztlichen Aufklärung strafrechtlich nach dem vorliegenden Entwurf erlaubt wäre.³⁴⁹

Seitens der Österreichischen Bischofskonferenz wird eine „[...] grundsätzliche Beibehaltung der Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid [vorgeschlagen], unter gleichzeitiger Normierung eines Rechtfertigungsgrunds für den Beihelfer, wenn eine aufrechte Sterbeverfügung des Suizidenten vorliegt und der Suizid mittels eines tödlichen Präparats aus der Apotheke durchgeführt wird.“³⁵⁰

³⁴⁷ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 1 f.

³⁴⁸ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 2-4

³⁴⁹ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 4 f.

³⁵⁰ Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 5

Dieser Regelungsvorschlag wurde letztendlich im beschlossenen und seit 1.1.2022 gültigen Gesetz nicht übernommen. Das Sterbeverfügungsgesetz stellt die Beihilfe zum Suizid generell straffrei, jedoch unter gleichzeitiger Normierung der vier genannten Ausnahmen, bei welchen die Strafbarkeit erhalten bleibt.

- b) Zweitens wird die generelle Straflosigkeit der psychischen Beihilfe zum Suizid seitens der Österreichischen Bischofskonferenz bekrittelt. Unter §78 Absatz 2 StGB werden ausschließlich Formen der physischen Beihilfe zum Suizid und unter §78 Absatz 1 StGB wird lediglich das Verleiten zur Selbsttötung unter Strafe gestellt. Seitens der Österreichischen Bischofskonferenz wird eine der physischen Beihilfehandlungen gleichgestellte Strafe für die Bestärkung eines fremden Suizidentschlusses (psychische Beihilfeleistung) gefordert.³⁵¹

Aus §3 des aktuell gültigen StVfG ist zu entnehmen, dass unter Hilfeleistung die physische Unterstützung der sterbewilligen Person gemeint ist. Gemäß §12 Absatz 1 StVfG ist es verboten mit Hilfeleistung zu werben. Dieses Verbot umfasst das Werben mit der eigenen oder mit einer fremden Hilfeleistung, sowie mit Mitteln, Gegenständen oder Verfahren, welche sich zur Selbsttötung eignen. Gemäß §12 Absatz 3 StVfG ist es verboten einer sterbewilligen Person eine Hilfeleistung anzubieten bzw. diese durchzuführen, wenn entweder einem selbst oder einem Dritten wirtschaftliche Vorteile daraus versprochen werden. Fraglich ist nun, was genau mit „psychische Beihilfehandlung“ gemeint ist. Versteht man darunter die psychische Begleitung (beispielsweise Spenden von Trost) eines bereits zum Suizid entschlossenen Menschen bis hin zur Einnahme des Präparats, ist dies entgegen der Forderung der Österreichischen Bischofskonferenz laut aktuell gültigen Gesetzes nicht verboten, solange man den Suizidenten nicht durch Werben beeinflusst und man sich daraus keine wirtschaftlichen Vorteile verspricht. Den Erläuterungen des Ministerialentwurf (150/ME XXVII. GP) ist zu entnehmen, dass nach herrschender Meinung *„[...] zum geltenden Recht jede Form des Beitrags im Sinne des §12 [...] StGB von der Strafbarkeit nach dieser Tatbestandsvariante umfasst ist, das heißt nicht nur jeder physische, sondern auch jeder psychische Beitrag. Angesichts der ohnehin unveränderten selbstständig vertypeten Strafbarkeit des Verleitens zur Selbsttötung wird jedoch darüber hinaus kein Strafbedürfnis mehr in Bezug auf einen rein psychischen Beitrag unter dem*

³⁵¹ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 5 f.

Tatbestand der Hilfeleistung erblickt, zumal die Grenzen etwa zum Spenden von Trost durchaus fließend sein können.“³⁵²

- c) Drittens kritisiert die Österreichische Bischofskonferenz, dass durch mangelnde Qualifizierung der die Entscheidungsfähigkeit prüfenden Ärzte der Schutz vulnerabler Personen nicht sichergestellt ist. Um eine Sterbeverfügung errichten zu können, ist eine Aufklärung durch zwei Ärzte erforderlich. Diese müssen sicherstellen, dass die sterbewillige Person auch tatsächlich entscheidungsfähig ist, sowie frei und selbstbestimmt in ihrem Entschluss. Ergibt sich im Rahmen dieser zwei ärztlichen Aufklärungen ein Hinweis auf eine krankheitswertige psychische Störung der sterbewilligen Person, welche als Folge den Wunsch zur Lebensbeendigung hat, ist ein Facharzt für Psychiatrie oder ein klinischer Psychologe hinzuzuziehen. Laut Österreichischer Bischofskonferenz widerspricht diese Regelung den Vorgaben des Verfassungsgerichtshofs, da die Entscheidungsfähigkeit einer suizidwilligen Person generell nur durch eine entsprechend qualifizierte Fachperson beurteilt werden kann, da das Erkennen von verborgenen, krankheitswertigen psychischen Störungen Erfahrung und Expertise auf dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie erfordert. Die Österreichische Bischofskonferenz erbringt daher den Regelungsvorschlag, bei jeder suizidwilligen Person eine obligatorische Überprüfung der Entscheidungs- und Einsichtsfähigkeit mittels einer qualifizierten Fachperson durchzuführen. Dies soll eine zusätzliche Sicherheit für die aufklärenden Ärzte bringen.³⁵³

Diese Forderung wurde im aktuell gültigen StVfG nicht umgesetzt. Wie auch im Gesetzesentwurf ist nur bei Unschlüssigkeit der aufklärenden Ärzte ein Experte, wie z.B. Psychiater oder klinischer Psychologe, hinzuzuziehen (§7 Absatz 1 und 4 StVfG).

Im vierten Teil der Stellungnahme wird die Bezeichnung „Sterbeverfügung“ als unzutreffend kritisiert. Gemäß §5 StVfG handelt es sich bei der Sterbeverfügung um eine Willenserklärung, welche den Entschluss einer sterbewilligen Person festhält, ihr Leben zu beenden. Dieser Willensentschluss ist nicht auf das Sterben gerichtet, sondern darauf sich das Leben zu nehmen oder anders formuliert Suizid zu begehen. Nach Österreichischer Bischofskonferenz kann der Wille zu sterben nicht mit dem Willen Suizid zu begehen gleichgesetzt werden. Zusätzlich ist die Sterbeverfügung rechtlich gesehen keine „Verfügung“ im eigentlichen Sinn, da diese „[...] nicht darauf ausgerichtet ist, Rechtswirkungen für einen Zeitpunkt zu entfalten, an dem die betroffene Person selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist“³⁵⁴, sondern lediglich den aktuellen

³⁵² 150/ME XXVII. GP - Ministerialentwurf - Erläuterungen, 2021, S. 15 f.

³⁵³ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 6 f.

³⁵⁴ Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 7

Suizidwillen einer Person wiedergibt. Somit schlägt die Österreichische Bischofskonferenz vor, den Inhalt und Zweck der Willenserklärung durch die Begriffe „Suiziderklärung“ anstelle von „Sterbeverfügung“ und „Suiziderklärungsgesetz“ anstelle von „Sterbeverfügungsgesetz“ auszudrücken.³⁵⁵ Auch dieser Regelungsvorschlag wurde gesetzlich nicht umgesetzt.

Unter Punkt fünf nimmt die Österreichische Bischofskonferenz Stellung zur Ablehnungsfreiheit der Mitwirkung am Suizid. Niemand soll verpflichtet sein, eine Hilfeleistung zur Selbsttötung zu erbringen, bei der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken oder eine ärztliche Aufklärung durchzuführen. Laut Gesetzesentwurf darf ebenso wenig jemand aufgrund der Mitwirkung oder der Verweigerung der Mitwirkung benachteiligt werden. Die Freiwilligkeit der Mitwirkung an einer Selbsttötung und das Benachteiligungsverbot schützen das Recht auf freie Selbstbestimmung von Personen als auch von Einrichtungen, welche sich aus ethischen Gründen nicht an einer Suizidbeihilfe beteiligen wollen. Die Österreichische Bischofskonferenz kritisiert beim Gesetzesentwurf eine unbestimmte Formulierung dieser Regelung, welche im Konfliktfall zu unklaren Rechtsfolgen führen würde. Um dies zu vermeiden, spricht sich die Österreichische Bischofskonferenz dafür aus, den Gesetzestext eindeutig zu normieren, damit § 2 StVfG sowohl auf natürliche als auch auf juristische Personen anzuwenden ist. Zusätzlich wird eine Klarstellung gefordert, dass juristische Personen und andere institutionelle Träger auch nicht durch dritte Personen zu einer solchen Hilfeleistung in ihren Einrichtungen verpflichtet werden können. Einrichtungen muss es nach der Österreichischen Bischofskonferenz freistehen in Hausordnungen, Behandlungs-Betreuungs- oder Heimverträgen unmissverständlich festzulegen, dass assistierter Suizid in der jeweiligen Einrichtung weder angeboten noch geduldet wird. Auch gegenüber dritten Personen muss dieses Verbot laut Stellungnahme wirksam durchsetzbar sein.³⁵⁶

Mögliches Konfliktpotenzial wird zwischen der Ablehnungsfreiheit eines institutionellen Trägers (juristische Person) und dem individuellen Benachteiligungsverbot eines dort beschäftigten Dienstnehmers (natürliche Person) gesehen. In der Stellungnahme wird die Möglichkeit erwähnt, dass eine natürliche Person, entgegen dem Verbot der Einrichtung, an einer Hilfeleistung zum Suizid mitwirkt. Beruft sich diese Person bei etwaigen disziplinären oder arbeitsrechtlichen Konsequenzen auf das Benachteiligungsverbot (§2 Absatz 2 StVfG), darf diese Person wegen der Suizidmitwirkung keinerlei Nachteile erleiden. Um solche Konflikte zu vermeiden, rät die Österreichische Bischofskonferenz dazu, dass sich ein Dienstnehmer nicht auf das Benachteiligungsverbot gegenüber dem Dienstgeber berufen

³⁵⁵ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 7

³⁵⁶ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 8

können soll, sofern dieser dienstvertraglich oder auf eine andere Art und Weise verpflichtet wurde, sich an keiner Hilfeleistung zum Suizid zu beteiligen. Ebenso muss nach der Stellungnahme sichergestellt werden, dass ein Dienstgeber seine Dienstnehmer nicht dienstvertraglich oder auf eine andere Art und Weise zur Mitwirkung am Suizid verpflichten kann.³⁵⁷

Im bis dato gültigen österreichischen Sterbeverfügungsgesetz gilt nach §2 Absatz 1 und 2 StVfG die Freiwilligkeit der Mitwirkung sowie das Benachteiligungsverbot, sowohl für natürliche als auch für juristische Personen. Der Arbeitgeber kann zwar im Dienstvertrag festlegen, dass die Beihilfe zum Suizid in der Einrichtung verboten ist, wie jedoch gerichtlich mit einer Zuwiderhandlung eines Arbeitnehmers dann zu verfahren ist lässt gesetzlich gesehen Spielraum für Interpretation.

Im sechsten Punkt der Stellungnahme spricht sich die Österreichische Bischofskonferenz für eine Konkretisierung der Bestimmungen zum Aufwendersatz für die Beihilfe beim Suizid aus. In der Stellungnahme zum Gesetzesentwurf wird angemerkt, dass auch wirtschaftliche Vorteile als Gegenleistung für die Beihilfe zum Suizid zugunsten von Dritten verboten werden müssen. Außerdem werden laut dem Entwurf auch juristische Personen (z.B. Sterbehilfevereine) nicht als Beihelfer ausgeschlossen. Es wird gefordert, dass genaue Bestimmung der ersatzfähigen Aufwendungen getroffen werden müssen, sofern juristische Personen Beihilfe leisten dürfen. Hiermit soll die Gefahr minimiert werden, dass §12 Absatz 3 StVfG umgangen werden kann, indem beispielsweise Gehälter von Mitarbeitern als allgemeine Aufwendungen eines Sterbehilfevereins deklariert und dadurch ersatzfähig werden. Ebenso hält die Österreichische Bischofskonferenz an dieser Stelle fest, dass Sterbehilfevereine generell bereits in den Nahebereich des Verleitens nach § 78 Absatz 1 StGB kommen. Die Österreichische Bischofskonferenz hält in der Stellungnahme folgenden Regelungsvorschlag fest: *„Der ersatzfähige Aufwand sollte sich auf solche nachgewiesenen Aufwendungen beschränken, die beim Beihelfer im konkreten Zusammenhang mit dem jeweiligen Einzelfall der Suizidbeihilfe entstanden sind, wie beispielsweise Reisekosten oder konkrete Sachaufwendungen.“*³⁵⁸ Der Ersatz jeder Form von Gehalt oder Dienstleistungsentgelt (sowohl für Beihelfer als auch dritte Personen) sowie von allgemeinen Aufwendungen (insbesondere in Form von Vereinsmitgliedschaften und/oder Mitgliedsbeiträgen) sollte nach der Stellungnahme ausdrücklich ausgeschlossen werden.³⁵⁹

³⁵⁷ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 8

³⁵⁸ Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 9

³⁵⁹ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 9

Gemäß §12 Absatz 3 StVfG ist es verboten, sterbewilligen Personen eine Hilfeleistung anzubieten oder diese durchzuführen, wenn man sich oder einem Dritten daraus Vorteile, welche über den Ersatz des nachgewiesenen Aufwands hinausgehen, verspricht oder diese annimmt. Durch die Ergänzung „oder einem Dritten“ wurde die Gefahr von Umgehungsgeschäften im Sinne der Österreichischen Bischofskonferenz eingedämmt. Worauf sich die nachgewiesenen Aufwendungen beschränken, wird im Sterbeverfügungsgesetz nicht klar geregelt und somit wird auch der Ersatz in Form von Gehältern oder anderen allgemeinen Aufwänden, wie Vereinsmitgliedsbeiträgen, nicht ausdrücklich ausgeschlossen. Es bleibt ein Interpretationsraum in der Auslegung. Im Gegensatz zur Schweiz gibt es aktuell in Österreich keine Sterbehilfevereine, welche sterbewilligen Menschen eine Mitgliedschaft anbieten und dann aktiv bis zur Erstellung der Sterbeverfügung und weiter bis zur Einnahme des Präparats helfen. Wie bereits auch in der Stellungnahme der Österreichischen Bischofskonferenz erwähnt, würde die Gründung eines Sterbehilfevereins sehr wahrscheinlich mit §78 Absatz 1 StGB, Verbot des Verleitens zur Selbsttötung, sowie mit §12 Absatz 1 StVfG, Werbeverbot, nicht zu vereinbaren sein.

In Punkt 7 der Stellungnahme der Österreichischen Bischofskonferenz wird eine Textpassage aus den Erläuterungen zum Ministerialentwurf des Sterbeverfügungsgesetzes kritisiert. Der Verfassungsgerichtshof greift darin Statistiken aus Belgien und den Niederlanden auf, welche zeigen, dass direkte Sterbehilfe in den genannten Ländern weitaus häufiger in Anspruch genommen wird als der assistierte Suizid. Mit diesem Vergleich und der damit aufgezeigten Seltenheit des assistierten Suizids soll seitens des Verfassungsgerichtshofs klargestellt werden, dass der vorliegende Gesetzesentwurf keinen verwerflichen Umgang mit kranken Menschen und Menschen mit Behinderung aufweist. Die Österreichische Bischofskonferenz weist diese vom Verfassungsgerichtshof gezogene Schlussfolgerung zurück und wertet diese als nicht nachvollziehbar, da diese für Österreich, wo ausschließlich der assistierte Suizid legitimiert ist, ohne jegliche Aussagekraft ist und nur einen irreführenden Eindruck beim Leser erzeugt.³⁶⁰

Der achte und letzte inhaltliche Punkt der Stellungnahme weist auf die Unsicherheit hin, dass der Verfassungsgerichtshof möglicherweise in einem zukünftigen Verfahren auch § 77 StGB als verfassungsrechtlich nicht haltbar einstuft angesichts des Rechts auf freie Selbstbestimmung.³⁶¹ Die Österreichische Bischofskonferenz appelliert für eine Erhebung des § 77 StGB in den Verfassungsrang, um „[...] einer noch weiteren Aushöhlung des Schutzes des

³⁶⁰ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 9 f.

³⁶¹ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 10

menschlichen Lebens in Österreich zuvorzukommen [...]“.³⁶² §77 StGB ist jedoch weiterhin einfachgesetzlich geregelt und wurde bis dato nicht in den Verfassungsrang erhoben.

Im Nachwort, Punkt neun der Stellungnahme, gibt die Österreichischen Bischofskonferenz abschließend nochmal zu bedenken, dass die mit dem Gesetzesentwurf vorgeschlagene nahezu vollständige Strafflosigkeit des assistierten Suizids zwar für den Gesetzgeber als der einfachere Weg scheint, jedoch wird damit auf die Rechte jener Menschen vergessen, die aufgrund der neuen „Strafflosigkeit“ unter psychischen und emotionalen Druck stehen und keinen anderen Ausweg sehen, als sich das Leben zu nehmen. Die Österreichische Bischofskonferenz kritisiert somit, dass der zu erwartende Missbrauch und die Beeinflussung von vulnerablen Personen durch den vorliegenden Gesetzesentwurf nicht wirksam verhindert werden können.³⁶³

4.4.2 Stellungnahme des Evangelischen Oberkirchenrats A.u.H.B.

Auch der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. nahm am 10. November 2021 Stellung zum Entwurf des Sterbeverfügungsgesetzes. Die Stellungnahme beginnt mit der Beschreibung der Grundhaltung der Evangelischen Kirche zum assistierten Suizid. Ähnlich der Stellungnahme seitens Vertretern der Katholischen Kirche ist auch die Stellungnahme der Evangelischen Kirche getragen von der Grundhaltung, dass assistierter Suizid kein gesellschaftlicher Normalfall werden darf und dass es eines entsprechenden Hospiz- und Palliativangebotes bedarf. Der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. gesteht jedoch zu, dass in manchen Ausnahmefällen ein Spielraum für Gewissensentscheidungen gefragt ist und einzelne Personen, welche sich trotz aller Begleitung nicht für das Leben entscheiden können, „[...] nicht allein gelassen werden dürfen.“³⁶⁴ Die Evangelische Kirche akzeptiert laut Stellungnahme das Urteil des Verfassungsgerichtshofs und die damit einhergehende, teilweise Aufhebung des §78 StGB (Aufhebung des ausnahmslosen Verbots von assistiertem Suizid) und setzt sich für ein Schutzgesetz ein, welches folgende Ziele hat:

- vulnerable Menschen vor Missbrauch und Druckausübung zu schützen,
- Gewissensfreiheit der um Suizidhilfe Gefragten zu schützen,
- Absicherung der Bedingungen für eine freie und selbstbestimmte Entscheidung, auch zum Schutz der hilfeleistenden Personen.³⁶⁵

Um den assistierten Suizid nicht zum gesellschaftlichen Regelfall werden zu lassen, plädiert die evangelische Kirche zwar für klare Regeln zum Schutz des Selbstbestimmungsrechts,

³⁶² Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 11

³⁶³ vgl. Österreichische Bischofskonferenz, 2021, S. 11

³⁶⁴ Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 1

³⁶⁵ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 1

verneint jedoch eine zu detaillierte Kasuistik³⁶⁶. Die Evangelische Kirche würdigt den vorgelegten Gesetzesentwurf und resümiert, dass sowohl der Schutz vor Missbrauch, welcher ein zentrales Anliegen der Kirche ist, als auch die vom Verfassungsgerichtshof geforderte Selbstbestimmung berücksichtigt wurden. Ebenso wird das zweistufige Verfahren zur Errichtung einer Sterbeverfügung, welches aus der Aufklärung und der eigentlichen Errichtung besteht, positiv erwähnt. Seitens der Evangelischen Kirche und der Diakonie wird jedoch angemerkt, dass diese eine Trennung zwischen Beratung bzw. Aufklärung und Feststellung der Entscheidungsfähigkeit bevorzugt hätten. Die vorgesehene ausführliche Dokumentationsanforderung wird gutgeheißen, da diese dazu beiträgt vor Missbrauch zu schützen. Gleichmaßen begrüßt die Evangelische Kirche, dass es laut Gesetzesentwurf nach der Aushändigung des Präparats an den Suizidenten keine Regelungen zum weiteren Ablauf gibt, um der Institutionalisierung der Suizidassistenz in Form von staatlichen Einrichtungen oder einem Berufsbild von professionellen Suizidhelfern oder -organisationen entgegenzuwirken. In der Stellungnahme wird jedoch zu einer Überprüfung geraten, ob §12 StVfG (Werbeverbot und Verbot wirtschaftlicher Vorteile) genügt um der Etablierung von Suizidorganisationen oder einem Berufsbild der Suizidassistenz entgegen zu wirken.³⁶⁷

Im dritten Teil der Stellungnahme des Evangelischen Oberkirchenrats A.u.H.B. bezieht dieser zu den einzelnen Bestimmungen des Sterbeverfügungsgesetzes Stellung.

Wie auch die Österreichische Bischofskonferenz kritisiert die Evangelische Kirche die Bezeichnungen „Sterbeverfügung“ und „Sterbeverfügungsgesetz“ in Anlehnung an die Begriffe „Patientenverfügung“ und „Patientenverfügungsgesetz“. Auch seitens der Evangelischen Kirche wird der Begriff „Verfügung“ als irreführend bezeichnet, da daraus der falsche Schluss gezogen werden könnte, dass mittels der Sterbeverfügung über das Lebensende bestimmt wird und es sich um eine klare Festlegung für die Zukunft handelt. Im Gegensatz zur Patientenverfügung soll mittels der Sterbeverfügung jedoch lediglich der Willensentschluss festgehalten werden. Der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. merkt in der Stellungnahme an, dass dies bereits bei der medialen Berichterstattung zu Verwechslungen geführt hat.³⁶⁸ Wie bereits bei der Stellungnahme der Katholischen Bischofskonferenz erwähnt, kam es zu keiner Namensänderung des Gesetzes sowie der Verfügung.

Die Freiwilligkeit der Beihilfe zum Suizid hat für die Evangelische Kirche einen hohen Stellenwert. Genauso wie die Katholische Kirche ist auch die Evangelische Kirche Träger für diverse Pflegeeinrichtungen, Hospizangebote, Krankenhäuser und Einrichtungen für Menschen

³⁶⁶ Die Kasuistik ist eine Methode der Rechtsfindung, welche nicht von allgemeinen und umfassenden Tatbeständen ausgeht, sondern versucht von möglichst vielen, spezifischen Einzelfällen auszugehen.

³⁶⁷ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 2

³⁶⁸ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 2

mit Behinderungen. In der Stellungnahme spricht sich die Evangelische Kirche dafür aus, in ihren Einrichtungen, aus ethischen und religiösen Gründen, den assistierten Suizid nicht ins Leistungsangebot aufzunehmen. Damit einhergehend wird eine Gewissensklausel gewünscht, welche auch juristische Personen klar einschließt. Weiter soll zur Erhöhung der Eindeutigkeit und Rechtssicherheit für die Einrichtungen die Wortfolge „selbst oder durch Dritte“ in §2 Absatz 1 und 2 StVfG aufgenommen werden.³⁶⁹ Dem Sterbeverfügungsgesetz ist zu entnehmen, dass sowohl §2 Absatz 1 StVfG, als auch in §2 Absatz 2 StVfG zwar um die Wortfolge „natürliche oder juristische Person“ erweitert wurde, jedoch nicht um die gewünschte Klausel „selbst oder durch Dritte“.

Die Evangelische Kirche befürwortet, dass assistierter Suizid unter anderem einer schweren, dauerhaften Krankheit als Voraussetzung bedarf. Kritisiert wird in der Stellungnahme jedoch die im Gesetzesentwurf fehlende Definition des Begriffs „Krankheit“ in §3 StVfG. Der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. rät dazu, eine Definition gemäß §120 Z 1 ASVG dem Normtext unter §3 StVfG hinzuzufügen.³⁷⁰ Dies wurde jedoch dem aktuell gültigen Sterbeverfügungsgesetz nicht umgesetzt. Zusätzlich wird im selben Unterkapitel auf die in den Erläuterungen zum Ministerialentwurf ausgeführte Definition von Krankheit eingegangen. Das dort auf S. 10 angeführte Verständnis von Krankheit umfasst auch Behinderungen und psychische Krankheiten. Obwohl es für die Evangelische Kirche nachvollziehbar ist, dass dies aufgrund von Gleichheitsgründen und praktischen Gründen (wo beginnt Krankheit, wo endet Behinderung) wie genannt festgelegt wurde, werden in der Stellungnahme Bedenken betreffend des zu befürchtenden Drucks auf die Stellvertreter von Menschen mit Behinderung geäußert. Ähnliches wird auch betreffend psychischer Erkrankungen angemerkt. In der Stellungnahme werden zwar die Regelungen in §6 Absatz 1 StVfG und in §7 Absatz 4 StVfG gutgeheißen, jedoch wird seitens der Vertreter der Evangelischen Kirche eine Schutzlücke in jenen Fällen mit psychischer Erkrankung gesehen, welche zwar zum Zeitpunkt der Erstellung der Sterbeverfügung entscheidungsfähig sind, jedoch nicht zum Zeitpunkt des Suizids. Aus diesem Grund wird von der Evangelischen Kirche vorgeschlagen, in §6 Absatz 1 hinzuzufügen, dass die sterbewillige Person nicht nur zur Errichtung der Sterbeverfügung, sondern auch zum Zeitpunkt des Suizids entscheidungsfähig sein muss.³⁷¹ Auch dieser Regelungsvorschlag wurde nicht ins Sterbeverfügungsgesetz aufgenommen.

Gegenüber der in §7 StVfG festgelegten Vorgabe der Aufklärung durch zwei Ärzte, wovon einer eine palliativmedizinische Qualifikation aufzuweisen hat, ist die Evangelische Kirche

³⁶⁹ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 3

³⁷⁰ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 3

³⁷¹ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 4

positiv gestimmt. Als bedauerlich wird jedoch angemerkt, „[...] dass die Aufklärung nicht durch ein interdisziplinäres/interprofessionelles Konsil gemäß dem Total Pain-Konzept³⁷² von Palliative Care erfolgt [...]“³⁷³ und dadurch der vierdimensionale Schmerz auch nicht berücksichtigt wird. Grundlegend jedoch wird die Regelung zur Feststellung der Entscheidungsfähigkeit von der Evangelischen Kirche als ausreichend erachtet, auch aufgrund des im Zweifelsfall einzubeziehenden Facharztes mit psychiatrischen/psychologischen Kompetenzen oder eines klinischen Psychologen (§7 Absatz 4 StVfG).³⁷⁴

Die gemäß §8 StVfG vorgesehene zwölfwöchige Wartezeit zwischen ärztlicher Aufklärung und Errichtung der Sterbeverfügung erachtet die Evangelische Kirche als fachlich adäquat. Auch der Verkürzung der Wartezeit auf zwei Wochen, wenn sich die sterbewillige Person bereits in der terminalen Phase befindet, wird in der Stellungnahme zugestimmt. Da der Begriff „terminale Phase“ fachlich umstritten ist, raten die Vertreter der Evangelischen Kirche auf den in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf genannten §14a AVRAG zu verweisen und in den Normtext zu übernehmen, dass solch eine bestehende Situation von einer ärztlichen Person zu bestätigen ist.³⁷⁵ Obwohl kein Verweis auf §14a AVRAG erfolgt, ist mit dem gültigen Sterbeverfügungsgesetz dennoch geregelt, dass eine sich in der terminalen Phase befindliche, sterbewillige Person eine ärztliche Bestätigung zur Verkürzung der Frist auf zwei Wochen benötigt.

Zuletzt hinterfragt der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. am Entwurf des Sterbeverfügungsgesetz, ob §12 StVfG ausreicht, um (wie in den Erläuterungen zum Gesetz festgehalten) die Einführung eines Berufsbilds von professionellen Suizidassistenten oder Sterbehilfeorganisationen zu unterbinden. Grundsätzlich wird das Verbot von Werbung und wirtschaftlichem Vorteil (§12 StVfG) jedoch als positiv erachtet.³⁷⁶

Betreffend der Änderungen im §78 StGB hält die Evangelische Kirche positiv fest, dass sich die Strafdrohung von einem halben Jahr bis zu fünf Jahren nur auf physische Hilfe bezieht und nicht auf seelischen, psychischen Beistand. Weiters wird in der Stellungnahme gefordert, dass die Strafbarkeit auf solche Fälle beschränkt werden soll, in denen Personen mit dem Wissen, dass keine Krankheit im Sinne von §6 Absatz 3 StVfG beim Suizidenten vorliegt, Hilfe geleistet

³⁷² Das Total Pain-Konzept wurde von Cicely Saunders in den 60er Jahren geprägt. Bei diesem Konzept wird Schmerz nicht nur als körperliche/physische Tatsache wahrgenommen, sondern auch in seiner psychischen, sozialen und spirituellen Dimension. Durch dieses Konzept kann der Schmerz eines Menschen in all seinen Teilen seitens der pflegenden und beratenden Personen ergründet und mitgetragen werden.

³⁷³ Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 4

³⁷⁴ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 4

³⁷⁵ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 5

³⁷⁶ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 5

haben.³⁷⁷ Dieser vorgeschlagene Zusatzbegriff „wissentlich“ wurde im §78 Absatz 2 Ziffer 3 StGB jedoch nicht übernommen.

Im fünften Punkt nimmt der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. Stellung zum in den Erläuterungen thematisierten Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Dieses Vorhaben des österreichweiten Ausbaus wird grundsätzlich positiv hervorgehoben. Folgendes wird jedoch kritisch festgehalten:

- fehlender Rechtsanspruch auf Hospiz- und Palliativversorgung
- begrenzter Ausbau der modularen/spezialisierten Palliativversorgung und fehlender Ausbau der Grundversorgung

Außerdem sind laut Stellungnahme gute Rahmenbedingungen für die Pflege und für Menschen mit Behinderung (z.B. Rechtsanspruch auf persönliche Assistenz), sowie der Zugang zu psychosozialer Versorgung für psychisch Kranke erforderlich. Die Gewährleistung dieser sozialen Rahmenbedingungen ist dringlich, da dadurch Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Erkrankungen vor sozialen Nöten oder Stigmata geschützt werden können und somit nicht in Suizidwünsche gedrängt werden.³⁷⁸

Zum Abschluss der Stellungnahme erwähnt der Evangelische Oberkirchenrat positiv das Einbeziehen der verschiedenen Beiträge aus dem Dialogforum Sterbehilfe in den Gesetzesvorschlag. *„Insbesondere wurde die Einbringung der Diakonie in wesentlichen Punkten berücksichtigt.“*³⁷⁹

4.5 Zusammenschau

Alle Kulturen weltweit befassen sich mit dem Thema Sterbehilfe. Während beispielsweise Nomadenvölker häufig die Tötungshandlungen in religiöse Zeremonien eingebunden haben, fordert das Alte Testament dazu auf, die Eltern zu achten und zu ehren. Danach folgt das Tötungsverbot. Zur Zeit der Ausbreitung des Christentums in der heidnischen griechischen und römischen Umwelt beeinflusste Platons eugenisches Programm ganz Griechenland. Der Wert und die damit einhergehende Würde eines jeden Menschen wurde hierbei am Nutzen für den Staat bemessen. Erst durch den christlichen Einfluss, sowie durch die Prinzipien der hippokratischen Ärzte wurde sich zunehmend den Schwächsten angenommen.

Im 20. Jahrhundert erfolgte durch die Machtübernahme der Nationalsozialisten abermals eine tragische Abwertung menschlichen Lebens zu menschenunwertem Leben. Diese Abwertung leitete sich vom Sozialdarwinismus ab. Homosexuelle Menschen, körperlich und geistig kranke

³⁷⁷ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 5

³⁷⁸ vgl. Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 5 f.

³⁷⁹ Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B., 2021, S. 6

Menschen, Widerstand leistende Menschen und Menschen anderer „Rasse“ wurden verfolgt und in großangelegten Menschenvernichtungsaktionen getötet. Seitens der evangelischen Kirche folgte nur zaghafter Widerstand. Einzelne Kirchenvertreter prangerten die NS-Taten zwar an, jedoch mit nur wenig überzeugenden, theologischen Begründungen. Auch seitens der katholischen Kirche wurde Widerstand gegen das NS-Regime geleistet. Den Höhepunkt erreichte die Konfrontation mit der Verlesung der Enzyklika „Mit brennender Sorge“ von Papst Pius XI. im März 1937. Immer wieder erfolgten Aufstände einzelner Kleriker und der Bevölkerung gegen die Euthanasie-Aktionen der Nationalsozialisten. Am Ende des zweiten Weltkriegs erkannten katholische Bischöfe jedoch eine Mitschuld an den NS-Verbrechen an, da der Widerstand gegen die Juden-Verfolgung lange Zeit gering blieb.

In der Diskussion zur Sterbehilfe fallen immer wieder die Wörter Freiheit, Selbstbestimmung und Menschenwürde. Betrachtet man die Philosophie der menschlichen Freiheit genauer, kann man einerseits vom starken, sich selbstverwirklichenden Menschen ausgehen (z.B. griechische Klassik, deutscher Idealismus, ...). Dieser leistungsstarke Mensch, steht andererseits aus christlich-theologischer Sicht dem leidenden Christus gegenüber. Der Leidende Christus als das Ebenbild Gottes schließt besonders auch die schwachen Menschen mit ein. Die Zuwendung Gottes zum Menschen verleiht jedem Menschenleben eine unverlierbare Würde. Daraus resultierend darf nach christlicher Lehre kein Menschenleben als un lebenswert abgestuft werden. Das Personsein wird von Gott passiv empfangen und gibt jedem Menschen das Recht auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse. Der eigene Verzicht zu Gunsten eines Hilfsbedürftigen ist eine von Nächstenliebe bestimmte Solidarität, welche für eine (moralisch) gelingende Gemeinschaft notwendig ist. Eine Abschiebung schwacher Personen in eigene Lebens- und Schutzräume ist eine Degradierung von Menschen zu „(unnützen) Objekten der Betreuung“ und führt häufig bis hin zum sozialen Tod. Wichtig ist somit die Unterscheidung von Person und Krankheit. In der Not des Nächsten kann für die Gesunden eine sinnvolle Lebensaufgabe gefunden und Verantwortung gegenüber Gott und Mitmensch übernommen werden.

Eine besondere Herausforderung stellt der Tod insbesondere dar, da dieser häufig nicht als natürlicher Alterstod, sondern frühzeitiger und verbunden mit großem Leid auftritt. Der Tod steht dem Leben als Chaosmacht gegenüber. Beziehungen, zu Gott und Mitmenschen, geben dem Leben Sinn und Tiefe und durchbrechen den Fluchcharakter des Todes. Die Herausforderung beim Sterben ist es, das Leben in Vertrauen auf Gott loslassen zu können. Dieses Loslassen zeigt keine Schwäche, sondern die Hoffnung auf das ewige Leben bei Gott.

Das kirchliche Lehramt liefert zum Thema Sterbehilfe vier wichtige Dokumente. Die kirchlichen Schreiben nennen großteils dieselben Argumente, jedoch ist zu erkennen, dass in den Dokumenten *Evangelium vitae* (1995) und *Samaritanus bonus* (2020) wesentlich ausführlicher und besonders in Bezug zu den heutzutage vorherrschenden Gegebenheiten argumentiert wird. Die katholische Kirche lehnt aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid strikt und konsequent ab und verurteilt Mord, Abtreibung, Suizid und Euthanasie aufgrund des allgemein gültigen Rechts auf Leben. Das menschliche Leben hat als Geschenk der Liebe Gottes einen unvergleichlichen heiligen Wert, welcher zu lieben, fördern, ehren, bewahren und verteidigen ist. Jeder Angriff auf das Leben widerspricht somit der Liebe Gottes und weist dessen Oberherrschaft zurück. Somit verletzt auch Euthanasie als Angriff auf die Menschenwürde das göttliche Gesetz.

Heutzutage droht die Gefahr der Normalisierung der Angriffe auf das menschliche Leben (z.B. Abtreibung, Euthanasie), da der Verbrechenscharakter zunehmend unter dem öffentlichen Deckmantel der Freiheit und Selbstbestimmung verloren geht. Eine vorherrschende Kulturkrise erschwert es, den Sinn des Menschen im Allgemeinen, sowie den Sinn seiner Rechte und Pflichten zu erfassen. Diese vorherrschende moralische Unsicherheit führt zur Schwächung der subjektiven Verantwortung. Wird Freiheit als Absolutes angesehen, verhindert dies die Annahme der Mitmenschen und Gott. Die Werte des Seins werden so zu Werten des Habens und der wachsende Individualismus führt zur Vereinsamung des Menschen. Sterbehilfe wird jedoch nicht nur als individuelle, freie Entscheidung postuliert, sondern auch aufgrund materieller Interessen, wie z.B. um die Gesellschaft nicht „unnötig“ zu belasten. Zu dieser Auffassung von Sterbehilfe führt ein falsches Verständnis von Personenwürde, welches an die Kommunikations- und Leistungsfähigkeit eines Menschen gebunden ist.

Hinter all der Befürwortung der Sterbehilfe sieht die Kirche ein falsches Verständnis von Mitgefühl, welches besagt, dass sterben besser ist als zu leiden. Das Lehramt der katholischen Kirche versteht das Bitten eines Schwerkranken um den Tod nicht als wirklicher Wille zur Euthanasie, sondern als ein Bitten um Zuneigung, Hilfe und Liebe. Wahres Mitgefühl zeigt sich im Spenden von Zuneigung und Aufmerksamkeit und dem Angebot Schmerzen (soweit dies möglich ist) zu lindern. Der Schmerz vor dem Tod lässt den Menschen am Leiden Christi Anteil haben. Das Vertrauen auf Gott soll auch im Leid bestand haben. Das Kreuz Jesu als Quelle des Lebens zeigt uns, dass der Tod nicht das Ende, sondern die Vollendung der Menschen ist. Im Heilsereignis Christi zeigt sich die unendliche Liebe Gottes zu seinen Geschöpfen und der unvergleichliche Wert jeder Person. Der Dienst an den Kranken und Schwachen ist der Dienst

an Christus selbst. Jeder Mensch hat das Recht mit menschlicher und christlicher Würde sterben zu können. Kein Mensch ist seitens der katholischen Dokumente dazu verpflichtet, die Schmerzen am Lebensende mit vollem Bewusstsein zu erleiden. Liegen schwerwiegende Gründe vor, ist es erlaubt schmerzstillende Mittel zu verabreichen, auch wenn dies möglicherweise mit einem früheren Tod einhergeht. Dabei darf das Ziel niemals der Tod selbst, sondern immer nur die Linderung von Schmerzen sein. Ebenso ist zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln zu unterscheiden. Der Verzicht auf therapeutischen Übereifer ist genauso erlaubt wie auch palliative Behandlungen. Eines das jedoch bis zum Tod eines jeden Menschen bestehen bleibt ist die moralische Verpflichtung zur Pflege. Ärzte sind dafür verantwortlich, für das Leben Sorge zu tragen. Kann ein Mensch nicht mehr geheilt werden, ist dieser dennoch medizinisch, spirituell und psychologisch zu pflegen und zu begleiten. Schwache, kranke und behinderte Menschen sind zu unterstützen, damit diese ein möglichst normales Leben führen können. Das katholische Lehramt räumt palliativen Einrichtungen einen hohen Wert ein.

Letzen Endes begründet die katholische Kirche das Verbot der Euthanasie folgendermaßen: Der Lebensbeginn und das Lebensende liegen in Gottes Hand und somit außerhalb der Freiheit und Selbstbestimmung des Menschen. Das menschliche Leben ist ein Geschenk Gottes und dient als Vorbereitung auf das ewige Leben bei Gott. Dieses Geschenk kann nur durch bewusste Aufgabe der eigenen Würde aufgegeben werden. Aus diesem Grund lehnt die katholische Kirche den freiwilligen Tod ab.

Sowohl die katholische als auch die evangelische Kirche nahmen im Jahr 2021 innerhalb einer vorgegebenen Frist Stellung zum Gesetzesentwurf des Sterbeverfügungsgesetzes.

Die Österreichische Bischofskonferenz weist in ihrer Stellungnahme die Aufhebung des Verbots zur Beihilfe zum Suizid uneingeschränkt zurück. Wie auch das katholische Lehramt argumentiert die Österreichische Bischofskonferenz damit, dass der Wunsch nach Sterbehilfe in der Regel ein Hilferuf nach menschlicher Zuwendung und Schmerzlinderung ist. In der Stellungnahme wird vor einem kulturellen Dammbruch mit unvorhersehbaren Auswirkungen gewarnt. Vulnerable Personengruppen sind vor gesellschaftlichen und privaten Druck zu schützen, um deren Freiheit und Autonomie zu sichern. Die Österreichische Bischofskonferenz fordert mit Nachdruck einen Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung und eine gesicherte Finanzierung dessen. Im Verlauf des Schreibens fordert die katholische Kirche diverse Änderungsvorschläge, damit das Sterbehilfegesetz zumindest den vorgegebenen Grenzen seitens des Verfassungsgerichtshof gerecht wird. Als besonders wichtig wird hierbei erachtet,

dass die Suizidassistenz ein Ausnahmefall bleibt und keine generelle Straffreistellung erfolgt (wurde im legitimierten Gesetz nicht umgesetzt), dass suizidwillige Personen frei in ihrer Entscheidung bleiben ohne Beeinflussung anderer (wurde mehr oder weniger durch das Werbeverbot für assistierten Suizid umgesetzt), dass keine Suizidassistenz für Personen mit beeinträchtigter Entscheidungsfähigkeit genehmigt wird (hierbei wurde die Qualifizierung der die Entscheidungsfähigkeit prüfenden Ärzte kritisiert, jedoch wurde der Forderung von qualifizierten Fachpersonen zur Prüfung nicht nachgegangen) und dass die Dauerhaftigkeit des Entschlusses geprüft werden muss (wurde im legitimierten Gesetz umgesetzt). Ferner betont die Österreichische Bischofskonferenz, dass die Beihilfe zum Suizid sowohl für natürliche als auch für juristische Personen freiwillig bleiben muss.

Auch die Stellungnahme des Evangelischen Oberkirchenrats A.u.H.B. ist von der Grundhaltung getragen, dass assistierter Suizid kein gesellschaftlicher Normalfall werden darf. Wie auch seitens der katholischen Kirche hervorgebracht, fordern die Vertreter der evangelischen Kirche einen entsprechenden Ausbau an Hospiz- und Palliativangeboten. Gegensätzlicher Meinung zur katholischen Kirche ist die evangelische Kirche jedoch darin, dass diese unter gewissen Umständen, in bestimmten Ausnahmefällen den assistierten Suizid für legitim erachtet. Begründet wird damit, dass in einem solch schweren Fall ein Zeichen von Barmherzigkeit gesetzt werden muss. Aus diesem Grund akzeptiert die evangelische Kirche auch in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf die Aufhebung des ausnahmslosen Verbots des assistierten Suizids. Als besonders wichtig hebt der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. jedoch den Schutz vulnerabler Personen vor Missbrauch und Druck, den Schutz der Gewissensfreiheit der Beihelfer und die Absicherung der freien und selbstbestimmten Entscheidung hervor. Beide Kirchen, sowohl katholisch als auch evangelisch, warnen vor einer Etablierung des Berufsbildes des professionellen Suizidassistenten bzw. der Gründung von Sterbehilfeorganisationen, welche zu unterbinden seien.

Letzten Endes sind folgende Fragen zu klären: Worin unterscheidet sich die Argumentation der katholischen und der evangelischen Kirche? Welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede weisen die genannten, unterschiedlichen theologischen Positionen zum Thema Sterbehilfe auf? Welche Begründungen werden seitens der Vertreter der Kirchen in der Debatte zum österreichischen Sterbeverfügungsgesetz geliefert?

5 Konklusion

Sterbehilfe ist ein Begriff mit einem sehr weiten Bedeutungsspektrum. Der Begriff Sterbehilfe umfasst einerseits „Hilfe im Sterben“, was sich insbesondere auf medizinische, pflegerische und auch seelsorgliche Tätigkeiten bezieht, und andererseits „Hilfe zum Sterben“, was grundlegend das Töten eines schwer erkrankten Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin meint.

Es wird zwischen aktiver Sterbehilfe, passiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid unterschieden. Aktive Sterbehilfe inkludiert stets eine (vom Arzt) aktiv durchgeführte Handlung, welche ursächlich ist für den Tod. Es wird zwischen direkt-aktiver und indirekt-aktiver Sterbehilfe unterschieden. Zur passiven Sterbehilfe zählt jedes Handeln, dass den Sterbeprozess, welcher zum Tod führt, zulässt (z.B. Verzicht auf Wiederbelebung). Diesem Bereich sind die Palliative Sorge, die indirekte Sterbehilfe und die Sterbebegleitung zuzuordnen. Der assistierte Suizid ist die dritte Form von Sterbehilfe. Beim assistierten Suizid wird zwar ein tödliches Präparat bereitgestellt, die Einnahme dieses Präparats muss jedoch vom Patienten selbstständig erfolgen.

In Europa gibt es derzeit vier Länder – Niederlande, Belgien, Luxemburg und Spanien - in denen die Tötung auf Verlangen durch Ärzte unter bestimmten Bedingungen erlaubt ist.

In der Schweiz ist die Beihilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen erlaubt. In Deutschland fehlt bis dato eine Regelung für den assistierten Suizid, welcher sich aktuell in einer gesetzlichen Grauzone befindet.

Mit 1. Jänner 2022 ist das Sterbeverfügungsgesetz in Österreich in Kraft getreten. Dieses Gesetz regelt, unter welchen Voraussetzungen der assistierte Suizid gesetzlich erlaubt ist. Das Instrument der Sterbeverfügung soll vor Missbrauch schützen und sterbewilligen Personen, sowie den Beihelfern, einen sicheren gesetzlichen Rahmen bieten.

Einhergehend mit der Legitimierung der Beihilfe zum Suizid ist der Ausbau der österreichweiten Hospiz- und Palliativversorgung, damit sich niemand zur Inanspruchnahme der Sterbehilfe gedrängt fühlt. Unter dem Motto „Selbstbestimmt leben mit Würde“ sollen schwerstkranke Menschen, Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Menschen durch die diversen Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterstützt und begleitet werden.

5.1 Menschenwürde: Autonomie vs. Recht auf Leben

Grundsätzlich stehen sich in der Diskussion über Sterbehilfe zwei Positionen gegenüber: Autonomie (wer sterben will, soll sterben dürfen) und das Recht auf Leben (das Leben ist unter allen Umständen zu schützen). Die theologische Perspektive zur Sterbehilfe ist je nach geschichtlichem Zeitalter unterschiedlich. Immer wieder wird versucht mit der Menschenwürde zu argumentieren, welche jedoch je nach Position anders ausgelegt werden kann. Unter den Theologen herrschen primär zwei unterschiedliche Anknüpfungspunkte: biblisch-theologische und deistisch-theologische Sichtweise.

5.1.1 Biblisch-theologisches Verständnis: Gott als Schöpfer entscheidet über Lebensanfang und Lebensende

Zum einen wird gerade durch ein biblisch-theologisches Verständnis nahegelegt, dass Gott als Schöpfer den Menschen zwar Freiheit zugesteht, diese jedoch begrenzt ist und immer wieder neu geschenkt wird. Das Leben steht dem Menschen nicht zur freien Verfügung, sondern ist stets in Abhängigkeit zu Gott zu sehen.

Eibach (1988) beschreibt diese ambivalente Freiheit in der Unterscheidung von Person und Persönlichkeit. Gott schenkt jedem Menschen das Personsein, welches ein passiver nicht-menschlicher Akt ist, überlässt jedoch gleichzeitig dem Menschen die Persönlichkeit, dass sich dieser selbstbestimmt durch seine Taten entwickeln kann. Wie das Leid Christi gezeigt hat, verliert der Mensch auch in Situationen voller Leid und Krankheit nicht die von Gott geschenkte Personenwürde. Gott bleibt selbst im Leiden bei den Menschen. Daraus resultiert, dass jeder Mensch, zu jeder Zeit, ein Recht auf die Erfüllung aller Grundbedürfnisse hat. Das Verwehren oder Vernachlässigen dieser wäre ein Angriff auf die Personenwürde an sich.

Auch Bischof Stephan Ackermann (2012) spricht davon, dass die Freiheit, in welcher der Mensch Gott bejaht, der Würde des Menschen und dem Sinn des irdischen Lebens entspricht. Menschen haben ab ihrem Lebensbeginn veranlagt, Liebende werden zu können. Da Gott die Menschen in Freiheit an seiner Schöpfung teilnehmen lässt, können diese selbst entscheiden, ob sie den Weg der Liebe antreten möchten. Die Zeit der Menschen auf Erden ist die Chance, aus eigenem Entschluss bis ans Lebensende für die vollkommene Lebensgemeinschaft mit Gott heranzureifen.

Ähnlich dem biblisch-theologischen Verständnis, sowie der Begründung von Eibach und Ackermann, wird in den Dokumenten des katholischen Lehramts argumentiert.

In der Erklärung zur Euthanasie (1980) wird damit argumentiert, dass Gott jedem Menschen das Leben als Gut anvertraut hat, welches hier auf Erden Frucht bringen soll und später, wenn

Gott es vorgesehen hat, im ewigen Leben vollendet werden soll. Ein menschlicher Angriff auf das Leben ist eine Zurückweisung der Oberherrschaft und der Liebe Gottes zu seinem Geschöpf, sowie ein Abweisen der Personenwürde.

Auch in *Evangelium vitae* (1995) argumentiert Papst Johannes Paul II., dass das Leben ein Geschenk Gottes ist, welches verantwortungsbewusst angenommen, bewahrt, gefördert und geliebt werden muss. In diesem Geschenk offenbart sich das Gebot „Du sollst nicht töten.“. Dieses Gebot schränkt zwar die Freiheit ein, schützt diese jedoch auch gleichzeitig. Durch die besondere Beziehung zu Gott dem Schöpfer und die Anteilnahme des Menschen an Gottes Heiligkeit, ist das Leben unantastbar und darf durch keine Menschenhand beendet werden. Nimmt ein Mensch sich selbst als Maßstab an und entscheidet vollständig autonom über sein Leben, so lehnt dieser gleichzeitig die Beziehung zu Gott ab. Nach dem *Evangelium vitae* ist Euthanasie also ebenso, wie in den Argumentationen zuvor, eine Zurückweisung der Souveränität Gottes.

Im Katechismus der Katholischen Kirche (1997) wird Gott als alleiniger Herrscher über den Lebensanfang und das Lebensende bezeichnet. Das von Gott geschaffene, menschliche Leben ist heilig und bleibt immer in besonderer Beziehung zu Gott, welcher gleichzeitig auch das Ziel des Menschen ist. Auch in diesem Dokument wird die Euthanasie als schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen Gott erörtert.

Im *Samaritanus bonus* (2020) wird die Menschenwürde und die damit einhergehende Existenzberechtigung ebenso als in der Substanz des Menschen liegend beschrieben. Die menschliche Person ist von Gott gewollt und somit auch bis zum Lebensende würdevoll zu behandeln. In der Tötung eines um Sterbehilfe Bittenden erkennt man nicht dessen Autonomie an, sondern verkennt den Wert von dessen Freiheit und dessen Lebens. Man nimmt jegliche Möglichkeit menschlicher Beziehungen und des Wachsens im Glauben auf Gott hin.

Die genannten Argumente erscheinen mir schlüssig und aus christlicher Perspektive haltbar. Trotz der Freiheit und Selbstständigkeit, welche Gott dem Menschen zugesteht, bleibt der Mensch in seinem Personsein mit Gott verbunden. Bricht man das Leben auf eigenem Wunsch hin vorzeitig ab, so bricht auch das gemeinsame Band mit Gott auseinander, da das Vertrauen und die Hoffnung auf den Beistand Gottes nicht weiter vertieft werden kann. Fraglich ist für mich, ob diese Argumentationen aus einer nicht-christlichen bzw. insbesondere auch aus einer atheistischen Perspektive haltbar sind. Die Argumente setzen alle einen Gottesglauben voraus. Geht man davon aus, dass Gott nicht existiert, so erscheint mir das Argument, dass Gott, als Schöpfer, alleiniger Herrscher über das Leben und den Tod seiner Geschöpfe ist, als wenig überzeugend und haltbar. Um die katholischen Kernaussagen gegen Sterbehilfe für die gesamte

Menschheit anwendbar zu machen, müssten diese primär ethisch formuliert sein. Solche ethischen Argumente werden unter Punkt 5.2 näher ausgeführt.

5.1.2 Deistisch-theologisches Verständnis: der Mensch wurde von Gott in die Freiheit entlassen

Eine andere theologische Perspektive zur Sterbehilfe ergibt sich durch eine deistisch-theologische Sichtweise. Demnach tritt Gott zwar als Schöpfer auf, entlässt aber den Menschen komplett in die Freiheit. Diese Verantwortung, die Gott dem Menschen dadurch zugesteht, kommt auch dem sterbenden Menschen zu. So steht es nach dieser Auffassung allen Menschen frei, über Art und Zeitpunkt des Todes selbst zu entscheiden. Ein Vertreter dieser Sichtweise ist der Theologe Hans Küng. Küng begründet das Recht darüber zu entscheiden, wann man stirbt und wie man stirbt mit der Autonomie des Menschen, welche mit der von Gott geschenkten, allumfassenden Freiheit des Menschen einhergeht.

Küngs Argumentation empfinde ich als haltbar, da diese von der Autonomie des Menschen ausgeht. Fraglich ist für mich jedoch, inwiefern letzten Endes die Entscheidung für oder gegen Sterbehilfe autonom und freiwillig ist. Ein gesunder Mensch kann sich nicht zur Gänze in die Gefühlswelt eines schwerkranken und leidenden Menschen hineinversetzen. Ab welchem Punkt jemand sein Leben als lebensunwert empfindet lässt sich vorweg nur schwer definieren. Zu hinterfragen ist also, ob am Ende die Entscheidung für oder gegen Sterbehilfe vom Patienten selbst getroffen wird oder von Familie bzw. Ärzten. Selbst bei einer genau definierten Verfügung kann nicht vollends ausgeschlossen werden, dass der Sterbewillige dann auch tatsächlich an dem vorab vereinbarten Lebenszeitpunkt sterben möchte.

5.2 Christliche Argumente gegen Sterbehilfe inmitten der österreichischen Sterbehilfedebatte

In Bezug zum österreichischen Sterbeverfügungsgesetz argumentieren die katholische und die evangelische Kirche wie folgt:

Seitens der evangelischen Kirche und Diakonie heißt es, dass das Verbot von Sterbehilfe in der Form des assistierten Suizids zwar beibehalten werden soll, aber in extremen Härtefällen Barmherzigkeit zu zeigen ist. Damit ist gemeint, dass an sich keine Form von Sterbehilfe zum gesellschaftlichen Normalfall werden, es jedoch einen gewissen Spielraum für dramatische Ausnahmefälle geben sollte. Die Argumentation der evangelischen Kirche, für die Beibehaltung des Sterbehilfeverbots, stützt darauf, dass Menschen in schwierigen Lebensphasen niemals einem Druck ausgesetzt sein sollten, über Sterbehilfe nachdenken zu

müssen. Ob assistierter Suizid seitens der evangelischen Lehre generell erlaubt ist oder nicht ist innerhalb der evangelischen Kirche zwiegespalten.

In der ausnahmsweisen Legitimierung des assistierten Suizids für Härtefälle unterscheiden sich die katholische und die evangelische Kirche. So spricht sich die evangelische Kirche zwar gegen eine allgemeine Legitimierung des assistierten Suizids aus, bekennt sich jedoch dazu, dass es bei gewissen „Härtefällen“ eine Ausnahme des Verbots geben sollte. Fraglich bleibt, in welchem Fall es sich, nach evangelischer Auffassung, um einen solchen Härtefall handelt. Die katholische Kirche positioniert sich klar und ohne jegliche Ausnahme gegen den assistierten Suizid und die Gesetzesänderung.

Die katholische als auch die evangelische Kirche erwähnt in ihrer Stellungnahme, dass es besonders wichtig ist durch die gesetzlichen Regelungen vor Missbrauch zu schützen. Niemand soll unter Druck gesetzt werden, Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen zu müssen. Auch gegen sogenannte „gewerbliche Suizidhilfe“ - das Berufsbild des Suizidhelfers sowie Sterbehilfeorganisationen - sprechen sich beide Kirchen aus. Einigkeit herrscht auch darüber, dass die Beihilfe zum Suizid stets freiwillig erfolgen muss. Keine Person, kein Arzt, kein Notar, usw. soll dazu verpflichtet werden können, solche Hilfeleistungen erbringen zu müssen. Beide Kirchen halten in ihren Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf fest, dass in ihren Einrichtungen keine Beihilfe zum Suizid stattfinden wird. Ebenso wollen die katholische und die evangelische Kirche die Arbeit im Hospiz- bzw. Palliativbereich noch mehr forcieren und plädieren an den Staat für deren Ausbau.

5.2.1 Druck

Ein Argument, welches auf christlicher Seite häufig gegen Sterbehilfe genannt wird (z.B. Samaritanus bonus, Evangelium vitae), ist der gesellschaftliche und materielle Druck, welcher durch ein vielerorts vorherrschendes Leistungsdenken hervorgerufen wird. Kann ein Mensch mehr keinen wertvollen Beitrag zur Gesellschaft erbringen oder verliert möglicherweise sogar seine Kommunikationsfähigkeit, führt dies häufig zu einer sozialen Abwertung und Ausgrenzung in der Gesellschaft. Das Argument erscheint mir haltbar, da sich ein kranker, gebrechlicher Mensch in einer Leistungsgesellschaft schnell überflüssig und als Belastung fühlt. Dieses vorgelebte gesellschaftliche Ideal kann unbewusst Einfluss auf die Entscheidung von Individuen in Richtung Sterbehilfe nehmen. Kommt hierbei noch soziale Isolation ins Spiel, steigt der Druck über Sterbehilfe nachzudenken immens. Das Argument des gesellschaftlichen Drucks führt auch weiter zum Argument der Selbstbestimmung, welches häufig für die Sterbehilfe eingesetzt wird. Kritiker warnen jedoch davor, dass der Mensch kein

alleinstehendes, isoliertes Subjekt ist. Menschen sind stets dem Einfluss der Außenwelt ausgesetzt und dadurch, wenn auch unbewusst, laufend beeinflusst.

5.2.2 Dammbbruch-Argumente

Dammbbruch-Argumente warnen vor einer Kette an unkontrollierbaren Ereignissen, welche, erst einmal begonnen, nicht mehr aufgehalten werden kann. Im Bereich der Sterbehilfe wird häufig vom „Causal Slippery Slope Argument“ und vom „Precedent Slippery Slope Argument“ gesprochen. Zum einen droht demnach die Gefahr, dass die Legalisierung der Sterbehilfe (wenn auch unter strengen Bedingungen) diese vom Ausnahmefall zum Regelfall werden lässt und so die ursprünglich gesetzten Grenzen immer weiter ausgedehnt werden. Daraus resultiert die Normalisierung der Durchführung von Sterbehilfe in der Gesellschaft. Zum anderen wird davor gewarnt, dass der Schritt von der legalen Tötung auf Verlangen zur aktiven Sterbehilfe ohne Einwilligung als geringer eingeschätzt wird, als mit einem bestehenden Verbot aktiver Sterbehilfe. In Evangelium vitae ist hierbei die Rede von einer Kulturkrise. Verbrechen gegen das Leben (z.B. Abtreibung, Sterbehilfe) werden öffentlich im Namen des Rechts der individuellen Freiheit gerechtfertigt und zunehmend in der Gesellschaft normalisiert. Vor einem ebensolchen Dammbbruch, mit unvorhersehbaren Auswirkungen, warnen auch die Österreichische Bischofskonferenz und der Evangelische Oberkirchenrat A.u.H.B. in ihren Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf.

Auch wenn Dammbbruch-Argumente häufig als Schwarzmalerei betitelt werden, erachte ich die vorgebrachten Argumentationen in Bezug zur Sterbehilfe dennoch als haltbar. Jedes Gesetz hat einen gewissen Spielraum inne und ist nicht völlig klar definiert. Dieser Spielraum erlaubt zum Teil subjektive Auslegungen. Außerdem geht mit einem Verbot eine gewisse Hemmschwelle einher, welche mit der Aufhebung dessen möglicherweise leichter verloren geht.

5.2.3 Menschenwürde

Die katholische Kirche plädiert für eine Achtung der Menschenwürde bis zum letzten Atemzug eines Menschen. Aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid verschleiern demnach den Wert des menschlichen Lebens in Zeiten von Leid und Krankheit und nehmen die Bedeutung der dem Tod vorausgehenden Zeit. Vielmals haben Menschen nicht nur Angst vor großem Leid, welches häufig dem Tod vorausgeht, sondern auch Angst vor der Abhängigkeit von der Hilfe anderer. Betrachtet man das relationale Verständnis von Selbstbestimmung ist es fraglich, ob die Abhängigkeit von anderen Menschen tatsächlich als negativ zu bewerten ist, da man von Geburt an in einem mannigfaltigen sozialen Gefüge eingebunden ist. Während der gesamten

Lebensdauer zeigt sich eine Abhängigkeit zu anderen Menschen. Besonders tragbar finde ich dieses Argument, da Berichte aus dem Hospiz zeigen, dass Menschen mit guten, intakten sozialen Beziehungen nur selten einen Todeswunsch äußern.

Das kirchliche Lehramt, siehe Kapitel 4, distanziert sich von der aktiven Sterbehilfe und dem assistierten Suizid und spricht sich gegen diese Formen der Euthanasie - aufgrund der damit einhergehenden Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes über das Leben - deutlich und ausnahmslos aus. Als ethisch vertretbar gelten jedoch der Verzicht auf therapeutischen Übereifer und die Annahme palliativer Behandlungen.

Die Zeit am Lebensende ist oftmals eine Zeit voller Sorge, Leid, Einsamkeit und Verlassenheit. Das Lesen der Leiden Christi gibt dem Menschen bis heute Hoffnung und bestärkt selbst in Zeiten von Krankheit und Tod der Versuchung der Verzweiflung zu widerstehen. Die Passion Jesu weist vielfältige Erfahrungen von Gefühlen auf, beispielsweise Schmerz, Leid, Angst und Verlassenheit. Die Erfahrung des Kreuzes stellt ein Zeichen des Verständnisses, der Liebe und der Hoffnung dar. Unter Anbetracht des Kreuzes kommt besonders palliativen Einrichtungen und Hospizen ein hoher Stellenwert zu. Wie im vorhergehenden Absatz erörtert, erachtet die katholische Kirche die seelsorgliche, mitmenschliche Begleitung von Sterbenden als besonders wichtig. Kranke und Sterbende sollen in ihrem Leiden nicht allein gelassen werden. Auch genügt nicht ausschließlich die Stillung der physischen Grundbedürfnisse. Um einen Menschen ein würdevolles Leben zu bieten, bedarf es nach katholischem Lehramt genauso einer Stillung der psychischen Grundbedürfnisse. Diese Argumentation erachte ich ebenso als stichhaltig. Wie bereits ausgeführt ist der Mensch ein soziales Wesen, welches nicht völlig isoliert von anderen menschlichen Kontakten wirklich glücklich werden kann. Gerade in schwierigen Zeiten tut ehrlicher Beistand von Mitmenschen gut und hilft die Hoffnung aufrecht zu erhalten, sowie das Gefühl eine Last anstelle eines Menschen zu sein abzulegen.

6 Literaturverzeichnis

- Österreichische Bischofskonferenz. (12. 11 2021). *Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen und das Suchtmittelgesetz sowie das Strafgesetzbuch geändert werden; GZ 2021-0.723.419; Stellungnahme*. Abgerufen am 01 2023 von <https://www.parlament.gv.at/PtWeb/api/s3serv/file/a9d895b0-cdd4-4464-ba0f-5ea87c9d627d>
- Österreichische Ärztekammer. (11. 12 2020). Abgerufen am 02 2023 von https://www.aerztekkammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/-c3-96-c3-84k-pr-c3-a4sident-szekeres-bedauert-sterbehilfe-entscheidung/261766
- Österreichisches Bundesministerium für Justiz. (2022). *Sterbehilfe*. Abgerufen am 12 2022 von <https://www.bmj.gv.at/themen/Fokusthemen/Dialogforum-Sterbehilfe.html>
- 150/ME XXVII. GP - Ministerialentwurf - Erläuterungen. (23. 10 2021). Abgerufen am 01 2023 von https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/ME/150/imfname_1006949.pdf
- Ackermann, S. (05. 02 2012). *Bistum Trier*. Abgerufen am 02 2023 von <https://www.bistum-trier.de/bistum-bischof/bischof/im-wortlaut/in-der-predigt/wozu-wir-auf-erden-sind/>
- APA. (30. 12 2022). *Sterbehilfe in Österreich: Bisher 111 Sterbeverfügungen errichtet*. Abgerufen am 01 2023 von <https://www.derstandard.at/story/2000142177811/sterbehilfe-bisher-111-sterbeverfuegungen-errichtet>
- Belgisches Staatsblatt. (22. 06 2002). *Wet betreffende de euthanasie/Loi relative à l'euthanasie*. Abgerufen am 12 2022 von https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22_1.pdf
- BMSGPK. (2022). *Sterbeverfügung - Leitfaden für die Praxis*. Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien. Von Sterbeverfügung - Leitfaden für die Praxis. abgerufen
- Bundesamt für Statistik (Schweiz). (11. 10 2016). *Todesursachenstatistik 2014 - Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. Abgerufen am 12 2022 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1257-1400.html>
- Bundesversammlung der Schweizer Eidgenossenschaft. (21. 12 1937). *Schweizerisches Strafgesetzbuch*. Abgerufen am 12 2022 von https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de#a115
- Deutsche Bundesärztekammer. (18. 02 2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(7), S. 346-348.
- Deutsches Refernzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. (2022). *Im Blickpunkt: Sterbehilfe*. Abgerufen am 11 2022 von <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe>

- DIGNITAS. (1998-2021). *Freitodbegleitungen von DIGNITAS-Mitgliedern nach Jahr und Wohnort*. Abgerufen am 12 2022 von <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2021.pdf>
- Eibach, U. (1988). *Sterbehilfe. Tötung auf Verlangen?* Wuppertal: Brockhaus.
- Ernst, S. (2017). Töten und Sterbenlassen. In F.-J. Bormann, *Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von 'Töten' und 'Sterbenlassen'*. Berlin, Boston: de Gruyter.
- Ernst, S. (2020). *Am Anfang und Ende des Lebens - Grundfragen medizinischer Ethik*. Freiburg: Herder.
- European Court of Human Rights. (kein Datum). *Europäische Menschenrechtskonvention*. Abgerufen am 12 2022 von https://www.echr.coe.int/documents/convention_deu.pdf
- Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B. (10. 11 2021). Abgerufen am 01 2023 von <https://www.parlament.gv.at/PtWeb/api/s3serv/file/7aabd036-1992-4e9b-a49c-0cd27c6a80ba>
- EXIT. (2021). *Jahresbericht 2021*. Abgerufen am 12 2022 von <https://www.exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2020-1/>
- Fenner, D. (2007). Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidhilfe gefährlich?. Eine kritische Analyse der Gegenargumente. *Ethik in der Medizin*(Vol. 19 (3)), S. 200-214.
- Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland. (23. 09 2016). *Sterbehilfe und Organisationen in der Schweiz*. Abgerufen am 12 2022 von <https://fowid.de/meldung/sterbehilfe-und-organisationen-schweiz>
- Frieß, M. (2012). *Sterbehilfe. Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gleixner, H. (2005). *Wenn Gott nicht existiert. Zur Beziehung zwischen Religion und Ethik*. Paderborn, München: Schöningh.
- Held, M. (2017). Die Stoa über lebensbeendende Handlungen. In F.-J. Bormann (Hrsg.), *Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von 'Töten' und 'Sterbenlassen'*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Hospiz Österreich. (12 2021). *Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2020*. Abgerufen am 12 2022 von https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2022/02/HOSPIZ_datenerhebung_12-21_202112.pdf
- Hospiz Österreich. (12 2022). *Hospizteams*. Von <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#ht> abgerufen
- Hospiz Österreich. (12 2022). *Mobile Palliativteams*. Von <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#mpt> abgerufen

- Hospiz Österreich. (12 2022). *Palliativkonsiliardienste*. Von <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#pkd> abgerufen
- Hospiz Österreich. (12 2022). *Palliativstationen*. Von <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#ps> abgerufen
- Hospiz Österreich. (12 2022). *Stationäre Hospize*. Von <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#sh> abgerufen
- Hospiz Österreich. (12 2022). *Tageshospize*. Von <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#th> abgerufen
- Husemann, M. (15. 05 2015). *LeMO*. Abgerufen am 02 2023 von Euthanasie: <https://www.dhm.de/lemo/kapitel/der-zweite-weltkrieg/voelkermord/euthanasie.html>
- Jens, W., & Küng, H. (2020). *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München: Piper.
- Johannes Paul II. (25. 03 1995). *Evangelium vitae*. Von https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html abgerufen
- Königlich Niederländische Ärzteorganisation KNMG. (01. 04 2002). *Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Niederlande)*. Abgerufen am 12 2022 von <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/euthanasie.pdf>
- Katechismus der Katholischen Kirche*. (1997). Von https://www.vatican.va/archive/DEU0035/_P86.HTM abgerufen
- Kongregation für die Glaubenslehre. (1980). *Erklärung zur Euthanasie*. Von https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_ge.html abgerufen
- Kongregation für die Glaubenslehre. (25. 06 2020). *Samaritanus Bonus*. Abgerufen am 02 2023 von https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_ge.html
- Lübbe, W. (2022). *Information Philosophie*. Abgerufen am 12 2022 von Die Zeitschrift, die über Philosophie informiert: <https://www.information-philosophie.de/?a=1&t=8883&n=2&y=1&c=2>
- Marschütz, G. (2016). *theologisch ethisch nachdenken* (Bd. 2: Handlungsfelder). Würzburg: Echter Verlag.
- Mitteldeutscher Rundfunk (mdr). (12. 12 2022). Abgerufen am 12 2022 von In Würde sterben. Assistierter Suizid und Sterbehilfe - Was ist in Deutschland erlaubt?: <https://www.mdr.de/brisant/ratgeber/sterbehilfe-deutschland-104.html>

- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (Schweiz). (10 2006). *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe*. Abgerufen am 12 2022 von https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien_d_mit_Datum.pdf
- Ohly, L. (2002). *Sterbehilfe: Menschenwürde zwischen Himmel und Erde*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Parlamentsskorrespondenz Nr. 173. (24. 02 2022). *Nationalrat: Breite Mehrheit für Regelfinanzierung von Hospiz- und Palliativversorgung*. Abgerufen am 12 2022 von https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2022/PK0173/
- Prinz, C., & Scriba, A. (17. 09 2014). *LeMO*. Abgerufen am 02 2023 von <https://www.dhm.de/lemo/kapitel/ns-regime/innenpolitik/kirchen-im-ns-regime.html>
- Redinger, M., & Eberl, J. (2022). New Developments in End-of-Life Teaching for Roman Catholic Healthcare: The Implications of Samaritanus Bonus (“The Good Samaritan”). *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 39(5), S. 501-503.
- Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe. (02. 09 2022). *RTE*. Abgerufen am 12 2022 von https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/jaarverslagen/2021/maart/31/jaarverslag-2021/RTE_JV2021_DUITS_def.pdf
- Rotzoll, M., Hohendorf, G., Fuchs, P., Richter, P., Mundt, C., & Eckart, W. (2010). *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh.
- Schallenberg, P. (2021). Dokumentation: Schreiben der Glaubenskongregation Samaritanus Bonus. Samaritanus Bonus - Überblick und erste Einordnung. *Zeitschrift für Lebensrecht*(30), S. 283-287.
- Schweizer Bundesamt für Justiz. (25. 04 2022). *Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung*. Abgerufen am 12 2022 von <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>
- Scriba, A. (07. 08 2014). *LeMO*. Abgerufen am 02 2023 von [Das NS-Regime: https://www.dhm.de/lemo/kapitel/ns-regime](https://www.dhm.de/lemo/kapitel/ns-regime)
- Shaw, D., & Morton, A. (10. 03 2020). Counting the cost of denying assisted dying. *Clinical Ethics*, 15(2), S. 65-70.
- Woellert, K., & Schmiedebach, H.-P. (2008). *Sterbehilfe*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- XVI., B. (2007). *Spe Salvi*. Von https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/de/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20071130_spe-salvi.html abgerufen

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankheitsarten.....	24
Abbildung 2: Alter	25
Abbildung 3: Krankheiten bei assistiertem Suizid, Periode 2010-2014	32
Abbildung 4: Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene	41
Abbildung 5: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreichs für Erwachsene 2020	43

8 Abkürzungen

Abs.	Absatz
AVRAG	Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz
EV	Evangelium vitae
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StVfG	Sterbeverfügungsgesetz
usw.	und so weiter
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

9 Anhang

9.1 Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Legitimierung des assistierten Suizids in Österreich und der damit einhergehenden öffentlichen Debatte. Der Fokus liegt dabei auf den Stellungnahmen der römisch-katholischen und der evangelischen Kirche zur Neuregelung des Gesetzes. Diese Theoriearbeit versucht mittels Literaturrecherche folgende Fragestellungen zu beantworten: Wie wird seitens der katholischen und der evangelischen Kirche auf das Thema Sterbehilfe reagiert? Welche Stellungnahmen erbringen die Kirchen zur österreichischen Gesetzesänderung betreffend des assistierten Suizids? Welche Pro- und Kontra-Argumente können aus dieser theologisch ethischen Debatte geschlossen werden?

Im ersten Kapitel werden begriffliche Bestimmungen getroffen, die unterschiedlichen Formen von Sterbehilfe definiert und ein kurzer Einblick in die geschichtliche Entwicklung von Sterbehilfe gegeben.

Das zweite Kapitel stellt die aktuelle europäische Gesetzeslage überblicksmäßig dar. Dabei werden die Niederlande, Belgien, Luxemburg und die Schweiz als typische Beispielländer für legal praktizierte Sterbehilfe näher betrachtet.

Nach allgemeiner Darstellung der verschiedenen europäischen Gesetze zur Sterbehilfe, wird im dritten Kapitel die österreichische Gesetzesänderung zur Legitimierung des assistierten Suizids behandelt, sowie das damit einhergehende Sterbeverfügungsgesetz.

Im vierten Kapitel wird näher auf die theologischen Aspekte zum Thema Sterbehilfe eingegangen. Die Stellungnahmen der katholischen und evangelischen Kirche zum Entwurf des Sterbeverfügungsgesetzes werden beziehend auf das legitimierte Sterbeverfügungsgesetz begutachtet.

Abschließend, im fünften Kapitel, wird die Abhandlung nochmals in Kürze zusammengefasst und die erarbeiteten Ergebnisse zu den Forschungsfragen werden präsentiert und diskutiert.

9.2 Abstract (Englisch)

This paper deals with the legitimization of assisted suicide in Austria and the accompanying public debate. The focus is on the statements of the Catholic and Protestant churches on the new regulation of the law. This theoretical work tries to answer the following questions by means of literature research: How do the Catholic and Protestant churches react to the issue of euthanasia? What statements do the churches make on the Austrian amendment to the law concerning assisted suicide? Which pro- and contra-arguments can be concluded from this theologically ethical debate?

In the first chapter, conceptual determinations are made, the different forms of assisted suicide are defined and a brief insight into the historical development of assisted suicide is given.

The second chapter provides an overview of the current European legal situation. The Netherlands, Belgium, Luxembourg and Switzerland are examined in more detail as typical example countries for legally practiced euthanasia.

After a general description of the various European laws on euthanasia, the third chapter discusses the Austrian amendment to the law legitimizing assisted suicide as well as the accompanying law on assisted suicide.

In the fourth chapter, the theological aspects of assisted suicide are discussed in more detail. The statements of the Catholic and Protestant churches on the draft of the assisted suicide law are examined with reference to the legitimized assisted suicide law.

Finally, in the fifth chapter, the paper is summarized again in brief and the elaborated results on the research questions are presented and discussed.