

**Beispiel für eine öffentliche Stellungnahme der Kirche zu einer
ethischen Frage: Die Orientierungshilfe „Wenn Menschen sterben
wollen“ der EKD zur Frage des assistierten Suizids**

Der folgende Text ist die durch die Kammer für öffentliche Verantwortung verabschiedete Fassung. Die durch den Rat der EKD verabschiedete Fassung enthält dieser gegenüber noch ein paar Änderungen und Ergänzungen. Sie ist erschienen unter

EKD-Texte 97

Wenn Menschen sterben wollen

Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur

Selbsttötung

Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland

Vorbemerkungen:

1. Zum Sinn, der seitens der EKD mit derartigen Stellungnahmen verbunden wird: Öffentliche Verantwortung der Kirche („Kammer für öffentliche Verantwortung“)
2. Zum Verhältnis von Kirche und Öffentlichkeit
 - Zwei separate, einander gegenüber stehende Räume? Hier die Kirche als ein durch eine „umfassende religiöse Lehre“ geprägter Raum, dort der Raum der „Öffentlichen Vernunft“ (John Rawls)?
 - Oder partizipieren die Mitglieder der Kirche nicht immer schon an beidem, als Mitglieder der Kirche an deren religiösen Überzeugungen und als Bürgerinnen und Bürger an der Öffentlichen Vernunft, so dass sie gewissermassen zwei Seelen in ihrer Brust tragen?

Im ersten Fall legt es sich nahe, bei der öffentlichen Stellungnahme zu einem ethischen Problem in zwei Schritten vorzugehen:

1. Theologische Behandlung des Problems im Ausgang von den religiösen Überzeugungen, die in der Kirche gelten.
2. „Übersetzung“ der theologischen Argumente in Argumente der öffentlichen Vernunft, um für die eigene theologisch begründete Position allgemeine Plausibilität und Akzeptanz zu erzeugen.

Im zweiten Fall wird man keine so scharfe Trennung zwischen binnenkirchlicher Reflexion und Öffentlicher Vernunft vornehmen, sondern so zu argumentieren versuchen, dass dies nach Möglichkeit allgemein rezipierbar und plausibel ist, dabei aber zugleich das Spezifische und der tiefere Sinn der kirchlich-religiösen Sicht deutlich wird.

Wenn Menschen sterben wollen

Einleitung

<Problemexposition I: Aktualität und Dringlichkeit des Themas>

Der assistierte Suizid findet seit einiger Zeit verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Für Schlagzeilen sorgte die medienwirksame Eröffnung eines Büros der schweizerischen Sterbehilfeorganisation *Dignitas* in Hannover. Sie rückte die Praxis der Suizidbeihilfe jenseits der deutschen Grenzen in das Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit. Grosse Betroffenheit löste die durch *Dignitas* organisierte Selbsttötung zweier Deutscher auf einem Parkplatz bei Zürich im November 2007 aus.

Politiker verschiedener Parteien forderten daraufhin zumindest auf deutschem Boden gesetzliche Schranken für derartige Aktivitäten. Umstritten ist allerdings, ob diese sich nur auf die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen beziehen sollen oder generell auf den assistierten Suizid. So gibt es umgekehrt Vorstöße, die ärztliche Suizidbeihilfe rechtlich zu erleichtern. Unter anderem wird darauf verwiesen, dass man sich immerhin fragen müsse, warum Deutsche ins Ausland fahren, um zu sterben. Vor allem im juristischen Bereich gibt es verschiedene Überlegungen und Empfehlungen, die darauf zielen, die ärztliche Mitwirkung bei einem Suizid bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen straffrei zu stellen.

<Problemexposition II: Zur ethischen Problematik>

In der Problematik des assistierten Suizids bündeln sich verschiedene Aspekte und Fragen. Vielen Menschen erscheint der assistierte Suizid als ein möglicher letzter Ausweg aus einer Situation unerträglichen Leidens oder des krankheitsbedingten Verlustes der Kontrolle über das eigene Leben. Daher sollte es nach ihrer Auffassung diese Möglichkeit geben, und es sollte der Selbstbestimmung des einzelnen überlassen bleiben, ob er diese Möglichkeit für sich in Anspruch nehmen will. Es gehört zum Selbstverständnis unseres politischen Gemeinwesens, dass es seinen Bürgerinnen und Bürgern einen größtmöglichen Freiraum in ihrer Lebensgestaltung gewährt. Das schließt das Lebensende ein.

Auf der anderen Seite berührt dieses Thema elementare Fragen des Verständnisses menschlichen Lebens und Sterbens. Es besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens, dass es gilt, Suizide nach Möglichkeit zu verhindern, und es werden erhebliche Anstrengungen zur Suizidprävention unternommen. Darin zeigt sich ein bestimmtes Verständnis von der Bestimmung menschlichen Lebens und von der gemeinsamen Aufgabe, Menschen nach Möglichkeit zum Leben zu helfen. Es ist die Spannung zwischen diesem Verständnis menschlichen Lebens und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen, der sein Leben beenden möchte, die das Thema des assistierten Suizids so konfliktreich macht.

<Problemexposition III: Inwiefern stellt das Thema eine Herausforderung für die Kirche dar?>

Die Kirche sieht sich durch dieses Thema zu einer Diskussion darüber herausgefordert, ob Christinnen und Christen den assistierten Suizid als eine mögliche Option für sich selbst und für andere verstehen können. Hier geht es um das christliche Verständnis menschlichen Lebens und Sterbens und um die Bedeutung des christlichen Glaubens für den Umgang mit Erfahrungen schweren Leidens.

Eine besondere Zuspitzung erfährt die Problematik in der kontrovers diskutierten Frage, ob der ärztlich assistierte Suizid explizit im Recht als unter bestimmten Voraussetzungen zulässig verankert werden sollte.

Kritiker befürchten, dass dies erhebliche Auswirkungen auf das Verständnis des ärztlichen Berufs und das ärztliche Ethos hätte. Gewiss betrifft die Frage der Beihilfe zum Suizid nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Angehörige, das Pflegepersonal und die Seelsorge. Ärztinnen und Ärzte sind jedoch aufgrund der Verschreibungspflicht des tödlich wirkenden Mittels in einer besonderen Weise involviert. Auch sind sie es, denen die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit einer suizidwilligen Person obliegt. Dies ist der Grund, warum diese Berufsgruppe im Zentrum der rechtlichen Debatte steht, denn die Erwartungen, die sich an eine ärztliche Beteiligung am assistierten Suizid richten, stehen in Widerspruch zum geltenden ärztlichen Ethos.

Davon betroffen sind freilich nicht nur Ärztinnen und Ärzte. Spiegelt sich doch im Verständnis der ärztlichen Aufgabe und des ärztlichen Berufs die Sicht wider, die eine Gesellschaft auf Leben und Sterben hat. Daher bedürfen die Auswirkungen, die eine rechtliche Verankerung der ärztlichen Suizidbeihilfe auf das ärztliche Ethos haben würde, einer besonders sorgfältigen Prüfung.

<Absicht und Adressaten der Orientierungshilfe>

Absicht dieser Orientierungshilfe ist es, einen Beitrag zur Klärung dieser Fragen zu leisten. Sie will einerseits im Raum der Kirche eine Diskussion über das Thema des assistierten Suizids anregen, die dessen existentieller Dimension nicht ausweicht und die Bedeutung des christlichen Glaubens für den Umgang mit Leiden und Sterben ins Bewusstsein rückt.

Sie wendet sich andererseits an eine weitere Öffentlichkeit und an die Entscheidungsträger im Bereich der Politik und des Rechtes. Sie versucht umfassend die medizinischen, rechtlichen, gesellschaftlichen, theologischen und ethischen Aspekte zu berücksichtigen, die in dieser Frage zu bedenken sind.

<Es folgt: Bestandsaufnahme der Diskussionslage, der medizinischen und rechtlichen Aspekte. Zur Erinnerung: Umbruch in der evangelischen Sozialethik nach 1945>

2 Die Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid in der Bundesrepublik Deutschland

2.1 Medizinische und standesethische Aspekte

- *Verortung des assistierten Suizids innerhalb der Sterbehilfedefinitionen*
- *Statistische Angaben zur Zahl und zu den Ursachen von Suiziden und Suizidversuchen*

Im Jahr 2005 begingen in Deutschland 10.260 Menschen einen Suizid (7.523 Männer; 2.737 Frauen).¹ Es muss hierbei aber von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden; geschätzt wird eine um ca. 25% höhere Anzahl.² Verlässliche Zahlen über Suizidversuche liegen nicht vor; geschätzt werden ca. zehnmal so viele Suizidversuche. Die Anzahl der Suizide insgesamt hat in Deutschland in den letzten Jahrzehnten abgenommen.

Die Suizidrate steigt mit dem Lebensalter; Suizidversuche kommen dagegen vermehrt bei jüngeren Menschen vor. Zwei Drittel begehen nur einen Suizidversuch, ein Drittel begeht mindestens einen weiteren Versuch.

¹ Statistisches Bundesamt (ZwSt Bonn): Todesursachenstatistik. 2006.

² Fiedler, Georg: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Version 6.0, April 2007, <http://www.suicidology.de/online-texte/daten.pdf>.

Als Ursache der Suizide und Suizidversuche werden am häufigsten psychische Störungen wie Depressionen und Schizophrenie angegeben. Psychiater gehen davon aus, dass hierbei die Selbstbestimmungsfähigkeit häufig eingeschränkt ist. Ein reiflich überlegter sog. Bilanzsuizid, z.B. im Zusammenhang mit einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung, wird eher als Ausnahme angesehen.³

³ Netz, Peter: Suizidalität im Alter. In: Gabriele Wolfslast, Kurt W. Schmidt KW (Hrsg.) Suizid und Suizidversuch. Beck, München, 2005, S. 82ff..

- *Assistierter Suizid und ärztliche Standesethik*

Der ärztlich assistierte Suizid widerspricht, so die Verlautbarungen der ärztlichen Standesvertretungen, dem ärztlichen Ethos. Die Bundesärztekammer lehnt den ärztlich assistierten Suizid eindeutig ab:

„Für die deutsche Ärzteschaft ist Tötung von Patienten, und dazu gehört auch der assistierte Suizid, tabu. Und dabei bleibt es auch!“⁴

⁴ Professor Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, in der Eröffnungsrede des 109. Deutschen Ärztetages in Magdeburg am 23.5.2006.

Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ist es Aufgabe des Arztes „unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. ... Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein. Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.“

2.2 Diskussion der rechtlichen Situation in Deutschland

2.2.1 Derzeitige Rechtslage

Die Selbsttötung als solche ist nach deutschem Recht straflos, denn die Tötungsdelikte beziehen sich auf die Tötung eines *anderen* Menschen. Daher ist auch die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid nicht strafbar,⁵ es sei denn, der Suizident konnte aufgrund von Willensmängeln nicht freiverantwortlich⁶ handeln. Im letzteren Fall kann ein Tötungsdelikt (Totschlag) in mittelbarer Täterschaft vorliegen.

⁵ Dies ist in anderen Staaten zum Teil anders: Verboten ist die Beihilfe zum Suizid in z.B. in Österreich, Italien, Portugal, Spanien, Polen und – eingeschränkt – in der Schweiz. In Österreich (§ 78 österr. StGB) und in der Schweiz ist die bloße Hilfeleistung zur Selbsttötung mit einem Höchststrafmass von fünf Jahren Gefängnis bedroht. In der Schweiz gilt dies allerdings nur, wenn selbstsüchtige Motive vorliegen. (Art. 115 schweiz. StGB: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“) Zur Umgehung des Verdachts einer Strafbarkeit bedienen sich Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz komplizierter vereinsrechtlicher Konstruktionen. Auch in den Niederlanden ist die vorsätzliche Beihilfe zum Suizid grundsätzlich strafbar, sofern nicht die Hilfeleistung unter Einhaltung der „Sorgfaltskriterien“ angewendet werden, die im „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ vorgesehen sind und deren Einhaltung auch die Tötung auf Verlangen straflos stellt.

⁶ In der juristischen Diskussion ist der Begriff „freiverantwortlich“ normativ zu verstehen. Ob jemand wirklich freiverantwortlich gehandelt hat, wäre in jedem Einzelfall dann faktisch zu prüfen.

In der Rechtsprechung wird strafbare Tötung von der straflosen Beihilfe zum Suizid anhand des Kriteriums der sog. Tatherrschaft unterschieden.

Straflose Beihilfe soll nur dann vorliegen, wenn der Suizident den entscheidenden Akt der Selbsttötung selbst ausführt, d.h. die Herrschaft über den todbringenden Moment in der Hand behält.

Eine Strafbarkeit der „Beihilfe zum Suizid“ und zwar als täterschaftliche Mitwirkung an der „Selbsttötung“, kann aber gleichwohl gegeben sein, wenn der Gehilfe eine Garantenpflicht gegenüber dem Suizidenten hat.

Denn nach den allgemeinen Regeln des Strafrechts (§ 13 StGB) kann eine strafbare Tötung nicht nur durch aktives Tun, sondern auch durch Unterlassen begangen werden, wenn der Täter auf Grund seiner besonderen Stellung und Verantwortung gegenüber dem Opfer, etwa als behandelnder Arzt oder Angehöriger, dessen Wohl verpflichtet war (Garantenpflicht; synonym: Einstandspflicht) und entgegen dieser Verpflichtung mögliches rettendes Tun bewusst unterlassen und den Todeseintritt nicht abgewendet hat.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung⁷ ist der Arzt auch bei einem freiverantwortlich begonnenen Suizid nach Eintritt der Handlungsunfähigkeit des Suizidenten aufgrund seiner Garantenpflicht zur Hilfe verpflichtet, solange Rettung noch möglich ist.

Denn sobald der Suizident die Möglichkeit der Beeinflussung des Geschehens verloren hat, hängt der Eintritt des Todes allein vom Verhalten des Garanten ab, es sei denn, Rettung ist dann nicht mehr möglich, etwa weil ein sofort tödlich wirkendes Mittel gegeben wurde. ...

⁷ BGH 1984, BGHSt 32, 367-381 – Fall Wittig

<Spannungen und Konflikte zwischen ärztlichem Standesethos und juristischen Änderungsvorschlägen zur rechtlichen Bewertung des assistierten Suizids>

2.2.2 Diskussion der Rechtslage und Änderungsvorschläge

Die bis zum heutigen Tag nicht revidierte Rechtsprechung des BGH zur Rettungspflicht des Garanten und zur unterlassenen Hilfeleistung wird von der Rechtslehre ganz überwiegend abgelehnt: Damit werde das Selbstbestimmungsrecht des frei verantwortlichen Suizidenten nicht ausreichend beachtet.⁸

⁸ Auch von Seiten des BGH kam ein Signal, bei künftigen Entscheidungen dem Selbstbestimmungsrechts eines freiverantwortlich handelnden Suizidenten größeres Gewicht zu geben, in einer Bemerkung im Beschluss vom 8. 07. 1987, NJW 1988, 1532. Allerdings gibt es bis heute keine weitere höchstrichterliche Entscheidung über diese Frage.

Es sei widersprüchlich, dem Suizidgehilfen zwar die Beschaffung eines Tötungsmittels zu gestatten, ihn aber zum Einschreiten zu verpflichten, sobald das Mittel wirke und der Suizident nicht mehr selbst handlungsfähig sei. Dies führe in der Praxis zu unwürdigen Umgehungsstrategien (der Arzt muss sich rechtzeitig entfernen).

In den letzten Jahren wurden etliche Änderungsvorschläge gemacht, die sich einmal auf das Strafrecht mit dem Ziel der Einschränkung der Handlungspflicht des Garanten beziehen, aber darüber hinaus auch auf eine Änderung des ärztlichen Berufs- bzw. Standesrechts abzielen, um eine ärztliche Begleitung bis zum Eintritt des Todes zu ermöglichen.

Der 66. Deutsche Juristentag von 2006 empfiehlt zu regeln, dass straffrei ist, wer in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung diese nicht verhindert oder eine nachträgliche Rettung unterlässt und empfiehlt einen Straftatbestand einzuführen, der die Förderung der Selbsttötung bei Handeln aus Gewinnsucht unter Strafe stellt.⁹

⁹ Unter www.djt.de. Beschlüsse 2006, Abt. Strafrecht, IV.

Weiter wird empfohlen, dass die ausnahmslose berufsrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids einer differenzierten Beurteilung weichen sollte, welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichen, unheilbaren und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert.¹⁰

¹⁰ Beschlüsse 2006, a.a.O., IV.5.

2.3. Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen in Deutschland und die Debatte darüber

3. Suizidbeihilfe in der Schweiz

1.Ethische Beurteilung

<Zunächst: Erinnerung an einen Grundkonsens über weltanschauliche Grenzen hinweg>

4.1 Wenn Menschen an Suizid denken, dann hat dies Gründe, die in tiefe existentielle Dimensionen reichen. Das können akute Leiderfahrungen sein, wie sie mit einer schweren Krankheit verbunden sind. Es kann die Erschütterung durch eine tiefgreifende persönliche Krise sein, aus der jemand keinen Ausweg sieht. Oder es kann die Angst sein, einmal in eine Situation schweren Leidens zu geraten, für die ein Suizid als ein möglicher Ausweg erscheint.

Für viele Menschen, die ein bewusstes und selbstbestimmtes Leben führen, ist die Vorstellung schwer erträglich, einmal in einen Zustand zu geraten, der mit dem Verlust jeglicher Selbstbestimmung und Selbstkontrolle verbunden ist und sie vollkommen von anderen abhängig macht.

<Gegen falsche Moralisierung des Problems>

Solche existentiellen Erschütterungen entziehen sich moralischen Kategorien. Die Aufgabe einer ethischen Beurteilung von Suizid und Suizidbeihilfe kann daher nicht ausschließlich in moralischen Bewertungen als gut, schlecht, richtig, falsch, legitim oder verwerflich bestehen. Dies ist zu betonen, weil es in der öffentlichen Debatte eine Tendenz gibt, den assistierten Suizid vor allem als ein moralisches Problem zu betrachten.

Das ist in einer Hinsicht verständlich, etwa vor dem Hintergrund gewisser moralisch fragwürdiger Praktiken von Sterbehilfeorganisationen. Doch derartige moralische Urteile verfehlen die existentielle Dimension, um die es bei der Problematik des Suizids und der Suizidbeihilfe geht. Wenn ein Mensch sein Leben beenden möchte und dafür andere um Hilfe bittet, dann ist dies für alle Beteiligten konfliktreich, spannungsvoll und belastend. In einer solchen Situation ist die Feststellung, dass dies moralisch legitim oder dass es moralisch falsch ist, abstrakt und wenig dienlich.

Im Blick auf die ethische Beurteilung ist zunächst der breite Konsens in Erinnerung zu rufen, den es über Weltanschauungsgrenzen hinweg in dieser Frage gibt und von dem in der Einleitung zu dieser Orientierungshilfe bereits die Rede war. Dieser betrifft einerseits den Respekt vor der Selbstbestimmung eines anderen. Dieser schliesst den Respekt vor Entscheidungen und Handlungen eines Anderen ein, die wir selbst für falsch halten.

Doch erschöpft sich der Konsens nicht darin. Das zeigt sich darin, dass wir es nicht einfach gleichgültig hinnehmen, wenn ein Mensch seinem Leben ein Ende machen will.

Wir betrachten es als eine gesellschaftliche Aufgabe, Menschen mit Suizidgefährdung zu helfen und sie in bestimmten Fällen vor sich selbst zu schützen. Es werden erhebliche Anstrengungen zur Suizidprävention unternommen. Darin zeigt sich ein bestimmtes Verständnis davon, was menschliches Leben ist und sein soll, das über Weltanschauungsgrenzen hinweg geteilt wird. Und es zeigt sich darin ein Verständnis von einer gemeinsamen Aufgabe und insbesondere von der Aufgabe der Medizin, nämlich Menschen, soweit wie dies in unserer Macht steht, zum Leben zu helfen. Daher wird ein Suizid in der eigenen Umgebung in der Regel als ein Stück eigener Ohnmacht erlebt.

Es ist der Gemeinschaft der Lebenden, der wir angehören, nicht gelungen, diesen Menschen das Leben lebenswert oder gar lebenswert zu erhalten. Es ist das Spannungsverhältnis zwischen dieser Vorstellung vom Leben und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines anderen, das den assistierten Suizid so konfliktreich in der gesellschaftlichen Wahrnehmung macht.

Es müsste als problematisch erachtet werden, würde dieses Spannungsverhältnis einseitig zugunsten des Aspekts der Selbstbestimmung aufgelöst, so als ginge ein Suizid gewissermassen „in Ordnung“, wenn die psychiatrische Abklärung ergeben hat, dass er freiverantwortlich und selbstbestimmt ist. Dies käme einer erheblichen Verschiebung in den gesellschaftlichen Wertvorstellungen gleich.

In der Debatte über den assistierten Suizid kommt daher viel darauf an, dass dieses Spannungsverhältnis nicht aufgelöst wird. Es geht nicht nur um die Frage der Selbstbestimmung, sondern auch und sehr wesentlich um einen gesellschaftlichen Grundkonsens im Blick auf das Verständnis menschlichen Lebens, der insbesondere der Aufgabe der Medizin eingeschrieben ist. Daher bedürfen die Auswirkungen einer rechtlichen Ermöglichung der ärztlichen Suizidbeihilfe auf das Verständnis der Medizin und des ärztlichen Ethos einer besonders sorgfältigen Prüfung.

Kritisch ist in diesem Zusammenhang die Rede von einem „Recht“ oder gar „Menschenrecht“ auf assistierten Suizid zu beurteilen, die im Zusammenhang mit Bestrebungen steht, die Anerkennung eines solchen Rechtes auf europäischer Ebene durchzusetzen. Ein Menschenrecht auf assistierten Suizid wäre ein vorstaatliches, moralisches Recht, dessen Anerkennung durch den europäischen Gerichtshof die staatliche Gesetzgebung und Rechtsprechung binden würde. Gemeint ist ein Abwehrrecht darauf, von niemandem, insbesondere nicht durch staatliche Gesetze, am assistierten Suizid gehindert zu werden. Begründet wird dieses vermeintliche Recht mit dem Recht, selbst bestimmen zu dürfen, wie man leben und sterben will.

Dagegen lässt sich geltend machen, dass aus einem Recht auf Selbstbestimmung keineswegs ein Recht auf all das folgt, wozu Menschen sich selbst bestimmen können und wollen. Einem Recht, das jemand hat, korrespondiert eine Pflicht auf Seiten anderer, ihn nicht an dem zu hindern, worauf er ein Recht hat. Gäbe es ein Menschenrecht auf assistierten Suizid, dann dürften keine Anstrengungen unternommen werden, einen Suizidwilligen von seinem Vorhaben abzubringen, da er lediglich von dem ihm zustehenden Recht Gebrauch macht und dies einem Eingriff in sein Recht gleichkäme. Dagegen steht der besagte gesellschaftliche Konsens, dass es gilt, Suizide nach Möglichkeit zu verhindern.

Mit der Rede von einem solchen Recht wird das Spannungsverhältnis zwischen gebotener Fürsorge und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines anderen einseitig nach dem zweiten Pol hin aufgelöst.

Kritisch ist in diesem Zusammenhang auch die Verbindung von Menschenwürde und Selbstbestimmung zu beurteilen, der in manchen Argumentationen zur Frage der Sterbehilfe hergestellt wird, so als sei ein menschenwürdiges Sterben gleichbedeutend mit einem selbstbestimmten Sterben. Denn dies würde bedeuten, dass nur Menschen, die zur Selbstbestimmung fähig sind, menschenwürdig sterben können. Bei Menschen mit Demenz und im Wachkoma könnte danach der Gesichtspunkt der Menschenwürde in Bezug auf ihr Sterben keine Rolle spielen.

<Verweis auf die religiöse Dimension des Problems>

Existenzielle Erschütterungen werfen Fragen der Deutung auf. Davon, wie Menschen dasjenige deuten, was ihnen widerfährt, hängt ab, wie sie darauf eingestellt sind. Deutungen können lähmend und freiheitshemmend sein, und sie können andererseits konstruktive Energien freisetzen für den Umgang mit dem Widerfahrenden. Im seelsorgerlichen Umgang mit solchen existentiellen Erfahrungen geht es darum, Menschen dabei zu helfen, dass sie diese in einer Weise für sich deuten und verarbeiten können, die es ihnen ermöglicht, sich darauf einzulassen und sie in das eigene Leben zu integrieren.

Auch für den Umgang mit Krankheit und Sterben hängt Entscheidendes davon ab, in welchem Deutungshorizont ein Mensch dieses erlebt. Daran entscheidet sich letztlich auch die Frage, ob ein assistierter Suizid für ihn eine mögliche Option sein kann.

4.2 Innerhalb der Ethik unterscheidet man zwischen individualethischen und sozialemethischen bzw. institutionenethischen Fragen. Bei der Suizidbeihilfe geht es in individualethischer Perspektive um die Frage, ob einem Suizidwilligen Beihilfe bei dessen Selbsttötung geleistet werden sollte, sei dies generell oder bezogen auf einen konkreten Einzelfall.

Die Frage, ob und unter welchen Kautelen die Suizidbeihilfe im Recht unter Straffreiheit gestellt werden sollte, ist demgegenüber eine institutionenethische Frage.

Beide Fragen erfordern unterschiedliche Überlegungen. So kann jemand in individualethischer Perspektive der persönlichen Überzeugung sein, dass die Beihilfe zum Suizid keine mögliche Handlungsoption ist, und er kann gleichwohl aus Respekt vor dem Andersdenkenden dafür eintreten, dass jeder es damit halten können soll, wie er es für richtig hält, und dass folglich die Suizidbeihilfe rechtlich unter Straffreiheit gestellt werden sollte.

Und es kann umgekehrt jemand in individualethischer Perspektive die Suizidbeihilfe im konkreten Einzelfall für vertretbar halten und gleichwohl gegen die rechtliche Liberalisierung der Suizidbeihilfe votieren aufgrund der Auswirkungen und Folgen, die er für diesen Fall befürchtet.

Dies zeigt, dass nicht unmittelbar von der individualethischen Beurteilung der Suizidbeihilfe auf deren rechtliche Regelung geschlossen werden kann. Diese wirft Fragen auf, bei denen noch andere Gesichtspunkte berücksichtigt werden müssen, die bei der individualethischen Beurteilung keine Rolle spielen. Das betrifft grundlegende Fragen der Ordnung des Zusammenlebens in einem demokratischen Gemeinwesen.

<Überleitung zur christlichen Beurteilung des Suizids und der Suizidbeihilfe>

4.2.1 Was die *individualethische* Beurteilung der Suizidbeihilfe betrifft, so haben die Vorbehalte, die viele Menschen diesbezüglich haben, ihren Grund in der Beurteilung des Suizids. Unter dem Einfluss vor allem Augustins und Thomas von Aquins hat die christliche Tradition den Suizid lange Zeit als Todsünde verworfen. Leitend war dabei vor allem der Gedanke, dass das Leben eine Gabe Gottes ist. Indem ein Mensch seinem Leben ein Ende macht, vergreift er sich gewissermassen an dieser Gabe. „Selbstmördern“ wurde daher die kirchliche Bestattung verweigert. Dies gehört zu den dunklen Kapiteln in der Geschichte der Kirchen.

Die Aussage, dass Leben eine Gabe Gottes ist, wurde einseitig im Sinne des Verbots verstanden, selbstmächtig über das eigene Leben und dessen Ende zu verfügen.

Anders verhält es sich, wenn diese Aussage im Sinne der Ermutigung verstanden wird, das eigene Leben als Gabe Gottes zu sehen und es in der Vielfalt der mit ihm verbundenen Erfahrungen so anzunehmen. Wird das Leben in diesem Sinne begriffen, dann heisst Führung des eigenen Lebens: sich führen lassen durch den, dem es sich verdankt. Das betrifft insbesondere Kontingenzerfahrungen, die dem eigenen Leben eine andere Richtung geben, wie z.B. der Verlust eines geliebten Menschen, die Geburt eines behinderten Kindes oder eine schwere Erkrankung.

Sich führen zu lassen bedeutet hier: solche Erfahrungen nicht bloß als Störungen des eigenen Lebensentwurfs zu begreifen, sondern sie anzunehmen und nach Möglichkeit in das eigene Leben zu integrieren. Das ist etwas anderes als ein bloß passives Hinnehmen. Es nimmt dem Menschen die eigene Verantwortung für notwendig gewordene Entscheidungen nicht ab. Sich führen zu lassen schliesst vielmehr ein, solche Verantwortung bewusst zu übernehmen und die Entscheidungen zu treffen, die die eingetretene Situation erfordert. Am Ende des Lebens kann dazu zum Beispiel der bewusste Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen gehören (vgl. die Orientierungshilfe „Sterben hat seine Zeit“).

Kann dazu auch die Beendigung des eigenen Lebens durch Suizid gehören angesichts einer leidvollen, tödlichen Krankheit? Wer sein Leben so versteht, dass er sich darin führen lässt, für den wird sich hier die Frage stellen, ob dazu nicht auch das Annehmen einer solchen Krankheit gehört mit allem, was sie an Einschränkungen, Schmerzen, Leiden oder Belastungen für Dritte bedeutet. Die Beendigung des eigenen Lebens erscheint in dieser Sicht wie eine Abkehr von jener Grundeinstellung gegenüber dem Leben. Die Entstehung von Hospizen für Kranke und Sterbende ist wesentlich dadurch motiviert, Menschen zu helfen, sich auch in der letzten Phase ihres Lebens diese Einstellung bewahren und ihr Schicksal annehmen zu können.

Damit wird kein Urteil gesprochen über diejenigen, die eine andere Einstellung zu Leben und Sterben haben. Das Evangelium wirbt dafür, dass Menschen sich durch es bestimmen lassen in der eigenen Lebensführung, aber es zwingt nicht und hindert sie nicht daran, ihr Leben anders zu begreifen und zu gestalten. Es beansprucht den Menschen in der Freiheit des eigenen Gewissens. Und man wird nicht die Augen verschliessen dürfen davor, dass es verzweifelte Situationen und Lebenslagen gibt, die ein Außenstehender nicht ermessen kann. Auch wenn der unbedingt nötige Ausbau der Palliativmedizin vorangetrieben wird, können solche verzweifelten Lebenssituationen, in denen ein Mensch nur noch seinem Leben ein Ende machen möchte, nicht ausgeschlossen werden. Ein Urteil darüber steht niemandem zu.

<Das Motiv der „Gabe“ nicht als Ausgangspunkt für eine theologische Begründung der Bewertung des Suizids (weil das Leben Gabe Gottes ist, ist ein Suizid verwerflich, sondern als Angebot, das eigene Leben mit allen seinen Kontingenzen in einer bestimmten Weise zu sehen, wahrzunehmen>

Was bedeutet dies für die Suizidbeihilfe? Kann man Beihilfe zu einer Handlung leisten oder die Beihilfe Dritter zu einer Handlung befürworten, die man selbst aufgrund der eigenen Lebensauffassung für keine mögliche Option hält? Dies erscheint schwer vorstellbar, auch wenn man den Respekt einrechnet vor der Sicht, die ein anderer auf sein Leben hat und die man selbst nicht teilt.

Wenn gesagt wurde, dass das Evangelium den Menschen in der Freiheit des eigenen Gewissens beansprucht, dann schliesst dies solchen Respekt gegenüber der Sicht anderer auf ihr Leben ein, noch dazu, wenn diese in Verbindung steht mit einer schweren, leidvollen Krankheit. Man wird dann aber auch zu respektieren haben, wenn ein anderer in solcher Lage zu der Entscheidung gelangt, sein Leben zu beenden, und wenn Dritte ihm dabei helfen, auch wenn man selbst dies nicht bejahen kann oder tun könnte. Wer Situationen schweren Leidens erlebt hat, der wird sich hier jedes Urteils enthalten. Und vielleicht weiss er auch um den tiefen Gewissenskonflikt, der in solchen Situationen aus der eindringlichen Bitte um Beistand bei der Beendigung des eigenen Lebens erwachsen kann.

Ja, es mag Grenzfälle geben, in denen Menschen sich um eines anderen willen genötigt sehen können etwas zu tun, das ihrer eigenen Überzeugung und Lebensauffassung entgegensteht.

4.2.2 Was die *sozialethische* Beurteilung im Hinblick auf die Gestaltung des Rechts in dieser Frage betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass das Recht für alle Bürgerinnen und Bürger gilt. In einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft können daher für die Gestaltung des Rechts nicht *allein* die religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen lediglich eines Teils der Bürgerinnen und Bürger massgebend sein. Denn dies würde bedeuten, dass alle anderen mit Rechtszwang Normen unterworfen würden, die ihre Begründung in Überzeugungen haben, die sie selbst nicht teilen.

Dies mutet allen die Bereitschaft zu, bei der Gestaltung des Rechts solche Lösungen zu suchen, mit denen nach Möglichkeit auch Andersdenkende leben können. Dass es solche Lösungen nicht immer und vielleicht nur in den selteneren Fällen gibt, ändert nichts an der Notwendigkeit dieser prinzipiellen Bereitschaft zur Verständigung, bei der in jedem Fall die Würde, das Wohl und das Recht des Anderen zu achten sind.

Wie ausgeführt, spielen bei der institutionenethischen Frage noch andere Gesichtspunkte eine Rolle als bei deren individualethischen Beurteilung. Daher gilt es hier, nach Möglichkeit eine Verständigung zu suchen über unterschiedliche individualethische Einschätzungen hinweg.

Zu bedenken sind hier die Auswirkungen im gesellschaftlichen, politischen und ärztlichen Bereich, die die gegenwärtig diskutierten Vorschläge zur Änderung der Rechtslage hätten. Zu unterscheiden ist hier zwischen

a) Vorschlägen, die auf eine Einschränkung der Garantenpflicht des Arztes, d.h. seiner Pflicht zum Einschreiten mit dem Ziel der Abwendung des Suizids abzielen und

b) Vorschlägen, die die Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe (im Sinne der aktiven Mithilfe beim Suizid, z.B. durch die Verschreibung des todbringenden Medikaments) ausdrücklich im Recht verankern möchten.

Hinzu kommt c) ein Gesetzesvorschlag, der auf ein Verbot der geschäftsmässigen Suizidbeihilfe abzielt.

a) Was die Einschränkung der Garantenpflicht des Arztes im Falle eines freiverantwortlichen Suizids betrifft, so erscheint es in der Tat widersprüchlich, dass nach geltender Rechtslage ein Arzt sich nicht strafbar macht, wenn er einem Suizidwilligen ein tödliches Mittel besorgt, aber strafbar macht, wenn er bei dessen Selbsttötung nicht einschreitet, sobald das Mittel zu wirken beginnt. Zugunsten der Einschränkung der ärztlichen Garantenpflicht wird geltend gemacht, dass dies der Respekt vor der Selbstbestimmung Suizidwilliger gebietet. Im Bereich der Medizinethik wird der Selbstbestimmung ein hoher Stellenwert zuerkannt. Hier geht es um die Frage, wer bestimmen soll, ob eine medizinische Behandlung vorgenommen werden soll: man selbst oder andere.

Dieser negative Begriff von Selbstbestimmung, der sich darauf bezieht, dass *nicht andere* bestimmen sollen, ist von einem starken Begriff von Selbstbestimmung im Sinne eines Selbstbestimmen-*Könnens* zu unterscheiden, für den in der medizinethischen Literatur der Begriff der *Einwilligungsfähigkeit* verwendet wird. Es herrscht Konsens, dass ein Arzt einen Behandlungsverzicht seitens eines einwilligungsfähigen Patienten zu respektieren hat, auch wenn dies zu dessen Tod führt. Die Pflicht, Leben zu erhalten, hat hier zurückzustehen hinter der Pflicht, die Selbstbestimmung zu respektieren. Diesem Fall scheint der Suizid einer einwilligungsfähigen Person, die an einer schweren Krankheit leidet, vergleichbar.

Daher hatte der Nationale Ethikrat in Deutschland gefordert, dass ein Arzt, der in einem solchen Fall nicht eingreift, straffrei bleibt. In der Tat scheint dies mit dem ärztlichen Ethos vereinbar und ethisch vertretbar zu sein.

Die Vorschläge zur Einschränkung der ärztlichen Garantenpflicht, d.h. die Pflicht zur Abwendung eines Suizids unterscheiden freilich nicht danach, ob es sich um einen schwer erkrankten, körperlich schwer leidenden Patienten handelt oder um einen Suizidenten, der seinem Leben aus anderen Gründen ein Ende machen will. Die Vorschläge sehen überwiegend die Einschränkung der ärztlichen Garantenpflicht generell bei Suiziden von urteilsfähigen Personen vor.

Hier ergeben sich Spannungen zur ärztlichen Pflicht, Leben zu erhalten. Wie die Suizidforschung gezeigt hat, sind die meisten Suizidversuche, die Suizidenten überlebt haben, einmalige Ereignisse in deren Leben geblieben, und sie haben keine weiteren Suizidversuche unternommen. Es ist für den Arzt kaum zu beurteilen, ob das Suizidvorhaben unter die Kategorie des „freiverantwortlichen“ Suizids gehört, selbst wenn das Vorhaben noch so bestimmt und ernsthaft bekundet wird. Die Respektierung der Selbstbestimmung kann hier zur Folge haben, dass ein Mensch z. B. aufgrund einer momentanen persönlichen Krise stirbt, der, wenn er gerettet würde, ein Leben führen könnte, das er selbst wert schätzt.

Das Gebot, die Selbstbestimmung zu respektieren, gerät hier in Konflikt mit der ärztlichen Pflicht, Leben zu erhalten. Hier muss aus ethischer Sicht letztere Pflicht den Vorrang haben.

Weitergehend ist der Vorschlag b), die Möglichkeit der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen ausdrücklich im Recht zu verankern. Einerseits würde damit Rechtssicherheit für die ärztliche Suizidbeihilfe im Einzelfall geschaffen. Andererseits freilich würde damit auf der Ebene des Rechts eine Situation geschaffen, die einem Eingriff in den Bereich des ärztlichen Ethos und des Verständnisses des ärztlichen Berufes gleichkäme.

Eine solche Rechtsbestimmung ginge insofern über die Schweizer Rechtslage hinaus, als diese die ärztliche Suizidbeihilfe nicht explizit erwähnt. Wie ausgeführt, lässt dies dort die Möglichkeit offen, die ärztliche Suizidbeihilfe ausdrücklich nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit zu begreifen, sondern die Aufgabe des Arztes auf Heilung, Linderung und Begleitung zu beschränken, ohne dass damit kategorisch ausgeschlossen wird, dass ein Arzt mit Ausnahmesituationen konfrontiert sein kann, die er auf seine persönliche Verantwortung nehmen muss, ohne durch die Regeln seines Berufes gedeckt zu sein.

Man wird im Blick auf die vorgeschlagene Verankerung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung im Recht dessen *symbolische* Wirkung nicht außer Acht lassen dürfen. Damit wird eine Verbindung hergestellt zwischen Arztberuf und Beihilfe zur Selbsttötung, und dies dürfte nicht ohne Auswirkungen bleiben auf das allgemeine Verständnis des ärztlichen Berufs. Ein solcher Eingriff auf der Ebene des Rechtes in den Bereich des ärztlichen Ethos und des Verständnisses des ärztlichen Berufes wiegt umso schwerer, als die Ärzteschaft selbst, folgt man den Verlautbarungen ihrer offiziellen Vertretungen, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung bislang kategorisch ablehnt.

In der Begründung zum Alternativ-Entwurf „Sterbebegleitung“ des Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Juristen¹¹ ist eine solche Einwirkung des Rechts auf das ärztliche Ethos ausdrücklich vorgesehen: „Es ist zu erwarten, dass dann (Anm.: d. h. nach Erlass des Gesetzes, das den ärztlich assistierten Suizid ausdrücklich zulässt) auch die Bundesärztekammer ihre Grundsätze dem Gesetz anpasst und dass die Berufsordnungen der Landesärztekammern entsprechend geändert werden.“ Demgegenüber ist daran zu erinnern, dass sich in dem geltenden Verständnis des ärztlichen Berufs ein gesellschaftlicher Grundkonsens bezüglich des Verständnisses menschlichen Lebens niederschlägt, wonach es gilt, Menschen nach Möglichkeit zum Leben zu helfen.

Mit der Aufnahme der ärztlichen Suizidbeihilfe ins Recht würde das Spannungsverhältnis zwischen diesem der Medizin eingeschriebenen Verständnis des Lebens und dem Wunsch von Menschen, mit ärztlichem Beistand ihr Leben zu beenden, einseitig zugunsten von Letzterem aufgelöst.

Aus diesem Grund erscheint gegenüber einer Verankerung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung als allgemeine rechtliche Regel größte Zurückhaltung geboten. Es zeigt sich hier ein Problem, das innerhalb der Ethik auch aus anderen Bereichen bekannt ist.

Es kann Einzelfälle geben, die sich nicht unter allgemeine Regeln fassen lassen und in denen entsprechende Entscheidungen mit einer Übertretung geltender Regeln verbunden sind, die nur persönlich verantwortet werden kann. Das kann auch für das ärztliche Handeln nicht ausgeschlossen werden. In der ethischen Tradition hat man dies mit dem Begriff der *Epikie*, der Einzelfallgerechtigkeit, bezeichnet. Würde man für solche Fälle allgemeine Regeln aufstellen, so hätte dies gravierende Folgen für das ethische Bewusstsein insgesamt, da dadurch der Ausnahmefall zum Regelfall gemacht würde.

Insofern geht es bei der Suche nach einem angemessenen ethischen und rechtlichen Umgang mit der Suizidbeihilfe im ärztlichen Bereich um eine schwierige Gratwanderung, bei der der Situation der Betroffenen und der Gewissensentscheidung von Ärztinnen und Ärzten im Einzelfall ebenso Rechnung getragen werden muss wie den Aspekten des ärztlichen Ethos und des Arztbildes. Die Verankerung sowohl der unter a) diskutierten Einschränkung der Garantenpflicht im Blick auf gesunde Personen als auch der unter b) diskutierten Möglichkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe im Recht könnte hier die Gewichte in Richtung auf eine tiefgreifende Veränderung des allgemeinen Verständnisses des ärztlichen Berufes verschieben. Dessen Aufgabe wären dann nicht nur Heilung, Linderung und Begleitung, sondern auch die Beihilfe zur Beendigung des Lebens.

Sie könnte darüber hinaus eine gesellschaftliche Signalwirkung haben, die den assistierten Suizid in die Nähe einer „normalen“ Option am Lebensende rückt. Für diesen Fall ist nicht auszuschliessen, dass daraus ein Druck entstehen kann, diese Option zu wählen, z. B. um Dritten die Belastungen zu ersparen, die durch eine langwierige Pflege bei einer schweren Erkrankung entstehen können.

Wenn man sich darauf beschränkt, dass der Arzt nur in Fällen schwersten unabwendbaren Leidens Beihilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid leisten darf, braucht es keine gesetzliche Änderung.

Die Strafrechtsprechung hat in schwerwiegenden Konfliktlagen, in denen es um die Beendigung schwerster, mit medizinischen Mitteln nicht mehr behandelbarer körperlicher Leidenszustände ging und der Arzt deshalb Hilfe beim freiverantwortlichen Suizid geleistet oder keinen Versuch zur Abwendung des Todes gemacht hat, Straffreiheit zumindest unter dem Gesichtspunkt des Notstandsrechts angenommen. Insoweit besteht bereits ein Handlungsspielraum. Hier kommt es aber auf die konkrete verantwortliche Abwägung und die besonderen Umstände in jedem Einzelfall an. Der Arzt behält seine grosse Verantwortung und muss damit rechnen, sich dafür unter Umständen rechtlich verantworten müssen..

Der Gesetzesvorschlag c), der auf das Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung und damit auf ein Verbot der Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen abzielt, verdient uneingeschränkte Unterstützung. Denn es gilt einer Situation vorzubeugen, die die Entstehung von Sterbehilfeorganisationen nach Schweizer Muster begünstigt. Mit dem Erscheinen von Sterbehilfeorganisationen hat sich die Blickrichtung der Diskussion um die Beihilfe zum Suizid erweitert. Beihilfe zum Suizid wird dann nicht mehr nur im individuellen Einzelfall geleistet, sondern sie wird zum Dienstleistungsangebot, das von jedermann gegen Geld in Anspruch genommen und „gekauft“ werden kann.

Beihilfe zum Suizid wird Teil des Markgeschehens, auch wenn über Vereinkonstruktionen und über die Verrechnung von Einnahmen als Verwaltungskosten eine evtl. Gewinnerzielungsabsicht verschleiert werden kann. Die Verweigerung der ärztlichen Beihilfe reicht zur Gegensteuerung allein nicht mehr aus, wie die Fälle organisierter Selbsttötungen durch Helium unlängst zeigten. Die Sterbehilfeorganisationen müssten zudem einer effektiven Kontrolle unterstellt werden, um Missbräuche zu verhindern. Die Politik könnte damit wie in der Schweiz unter Druck geraten, die Praxis der Sterbehilfeorganisationen mit weitergehenden Bestimmungen gesetzlich zu regeln, z. B. was die Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken oder bei Kindern und Jugendlichen betrifft.

Es würde sich damit in ähnlicher Weise das Problem einer staatlichen Zertifizierung und Legitimierung solcher Organisationen stellen. Die Zulassung solcher Organisationen zu Pflegeheimen und Akutkrankenhäusern müsste geregelt werden. Aus allen diesen Gründen sollte das Recht in dieser Hinsicht so restriktiv wie möglich ausgestaltet werden.

5. Fazit

Das Problem des assistierten Suizids berührt Grundfragen des Verständnisses von Leben und Sterben. Das betrifft das Verständnis des je eigenen Lebens und Sterbens. In christlicher Perspektive geht es hier um die Frage, ob man dieses im Sinne eines Sich-führen-Lassens begreifen kann, auch im Falle einer schweren, zum Tode führenden Erkrankung mit allem, was sie an Leiden und Abhängigkeit von anderen bedeutet, und ob der assistierte Suizid in dieser Sicht eine mögliche Option sein kann. Das betrifft ebenso die Sicht, die andere auf ihr Leben haben, und den Respekt, der dieser Sicht geschuldet ist. Und es betrifft das gesamtgesellschaftliche Verständnis von Leben und Sterben, das sich nicht zuletzt im Verständnis des ärztlichen Berufs und im ärztlichen Ethos niederschlägt.

Das Recht hat die Aufgabe, das Zusammenleben von Menschen mit unterschiedlichen Lebensauffassungen zu ordnen. Dabei muss es fundamentalen ethischen Gesichtspunkten Rechnung tragen, die für bestimmte gesellschaftliche Bereiche und Tätigkeiten gelten. Hieraus ergibt sich die schwierige Balance, die das Recht in der Frage der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung zu wahren hat. Im Falle der expliziten rechtlichen Verankerung der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids müsste aufgrund der über die Regelung des Einzelfalls hinausgehenden gesellschaftlichen Signalwirkung des Rechts mit erheblichen Auswirkungen auf das ärztliche Ethos und das Verständnis des ärztlichen Berufs gerechnet werden. Dies bliebe nicht ohne Auswirkungen auf das gesellschaftliche Verständnis von Leben und Sterben.

Gerade das ärztliche Handeln im Zusammenhang mit dem Sterben ist ein Beispiel dafür, dass es Bereiche gibt, die sich rechtlich nicht regeln lassen, ohne dass damit über die konkrete Regelung des Sachverhalts hinaus allgemeine gesellschaftliche Veränderungen, die mit der Regelung nicht intendiert waren, bewirkt werden. Die gesetzliche Regelung wirkt nicht nur auf das ärztliche Ethos, sondern die Haltung der Gesellschaft zu Leben und Sterben und die Verantwortung der Menschen füreinander im Zusammenhang mit dem Sterben kann sich grundlegend ändern. Daher sollte von einer Aufnahme der ärztlichen Suizidbeihilfe in das Recht abgesehen werden. Hier ist vielmehr die Rechtsprechung gefordert. Nur sie kann den schwerwiegenden Konfliktlagen, in die Ärztinnen und Ärzte geraten können, im konkreten Einzelfall angemessen Rechnung tragen.

Einigkeit sollte darüber bestehen, dass der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe in Gestalt von Sterbehilfeorganisationen, die sich dieser Aufgabe verschrieben haben, ein rechtlicher Riegel vorgeschoben werden sollte.

Rückblick auf die Vorlesung im Ganzen

Plädoyer für ein Verständnis von Ethik, wonach deren primäre Aufgabe

- nicht im *Begründen* („Wie kann man hier argumentieren?“)
- sondern im genauen *Verstehen* besteht.

Dies auf zwei Ebenen:

Fundamentelethisch:

- Wie wird heute ethisch gedacht? Regelethik, Tugendethik. Eine genaue Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den herrschenden ethischen Paradigmen ist heute unabdingbar, will eine evangelische Ethik bzw. eine Ethik in protestantischer Perspektive in heutigen ethischen Debatten kompetent Stellung beziehen und Gehör finden.

- Die genaue Kenntnis und geschichtliche Erinnerung ihrer eigenen Tradition (z.B. Barth, Bonhoeffer, Brunner, Althaus usw.) ist wichtig, aber reicht für ihre Orientierung in gegenwärtigen ethischen Debatten nicht aus. Gefahr der einseitigen Binnenorientierung, Selbstisolierung.
- Entspricht die Art und Weise, wie heute ethisch – insbesondere regelethisch – gedacht wird, der Art und Weise, wie wir uns lebensweltlich in moralischen und anderen Fragen orientieren? Vgl. die Unterscheidung zwischen theoretischen Gründen (Argumenten) und praktischen Gründen.
- Was ist Moral? Lässt sich Moral auf das menschliche *Handeln* reduzieren? Was sind *Handlungen*? Muss das Verständnis der Moral nicht um deren passive Seite ergänzt werden?

- Hat Ethik es nur mit Moral zu tun? Vgl. die Überlegungen zur Normativität der sozialen Welt.
- Wie gelangen wir zu Urteilen in moralischen Fragen (z.B. Kohärentismus)

Materialethisch:

- Hier geht es zum einen um fundamentale Konzepte, die für die lebensweltliche Orientierung eine Rolle spielen, d.h. um Begriffe wie ‚Person‘, ‚Mensch‘, ‚Menschenwürde‘, aber auch ‚Rechte‘, ‚Pflichten‘ usw.

- Das genaue Verständnis dieser Konzepte ist für die Klärung vieler materialetischer Fragen unabdingbar, z.B. für die Klärung des Status des vorgeburtlichen Lebens: Sind Embryonen Menschen, sind sie Träger von Menschenwürde?
- Um genaues Verstehen geht es aber auch und vor allem bei der Bearbeitung ethischer Konflikte: Vgl. die *existenzielle* und nicht nur moralische Problematik des Suizids.
- Es geht hier um das Verstehen der Situationen und Lebenslagen, in denen Menschen sich befinden: „Was bedeutet es für einen Menschen, einer solchen Situation ausgesetzt zu sein?“
- Ethik in protestantischer Perspektive zeichnet sich, so gesehen, durch *genaues Hinschauen* und Verstehen aus.

- Dies gegenüber einer katholischen Moraltheologie, die in Fragen wie der des Suizids und der Suizidbeihilfe naturrechtlich argumentiert, und ebenso gegenüber regelethisch argumentierenden philosophischen Beiträgen.

Erst das genaue *Verstehen* liefert die *praktischen Gründe*, auf die es bei einer ethischen Beurteilung und Entscheidung ankommt.