

Zentrum für Medizinische Ethik



MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN

Heft 192

Ärztlich assistierter Suizid

Das Grundrecht von Patienten auf Selbstbestimmung
und die Sicht von Religionen und Kirchen –
ein unaufhebbarer Gegensatz?

Hartmut Kreß

April 2012

Hartmut Kreß, Prof. Dr., Lehrstuhl für Ethik in der Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik, Mitglied in verschiedenen Ethikkommissionen, z.B. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, Publikationen zu Grundlagen der Ethik, zur medizinischen Ethik und zur Rechtsethik.

Herausgeber:

Prof. Dr. jur. Stefan Huster

Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass

Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann

Prof. Dr. med. Michael Zenz

Zentrum für Medizinische Ethik Bochum e.V.

Ruhr-Universität Bochum, Gebäude NABF 04/297, 44780 Bochum,

TEL +49 234 32-27084/50, FAX +49 234 32-14452

Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de

Internet: www.medizinethik-bochum.de

(1) Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge deckt sich nicht immer mit der Auffassung des ZENTRUMS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK BOCHUM. Er wird allein von den Autoren verantwortet. Das Copyright liegt beim Autor.

©Hartmut Kreß

1.Auflage April 2012

Schutzgebühr: €6,00

Bankverbindung: Sparkasse Bochum Kto.-Nr. 133 189 035

BLZ: 430 500 00

ISBN:978-3-931993-72-6

INHALTSVERZEICHNIS

I. Vorbemerkung. Die gegenwärtige Diskussionslage	1
1. Zum Umgang mit dem Lebensende in der säkularisierten Gesellschaft	1
2. Neuere kirchliche Voten zum ärztlich assistierten Suizid: Unklarheiten und Widersprüche	2
II. Der Suizid in den Religionen und in der Theologie	6
1. Die klassischen Einwände gegen den Suizid in den westlichen Religionen	6
2. Seitenblick: Buddhistische Zugangsweisen	8
3. Der Kern der Einwände im Judentum, Christentum und Islam: Suizid als Auflehnung des Menschen gegen Gott	8
3.1. Der römisch-katholische und der orthodoxe Standpunkt	9
3.2. Islamische Sichtweisen	10
3.3. Jüdische Positionen	11
3.4. Protestantische Einschätzungen	12
4. Kritische Rückfragen an das überlieferte religiöse Nein	14
5. Traditionelle Gründe, den Suizid religiös zu entschuldigen	16
5.1. Die dämonologische Interpretation	16
5.2. Die medikalisierende Entschuldigung	17
6. Die situationsethische Legitimierung des Suizid	18
7. Der Opfersuizid als christliches Motiv	20
7.1. Seitenblick: Die Selbsttötung um des Glaubens willen	20
7.2. Altruistischer Opfersuizid	21
III. Heutige Gesichtspunkte zum Suizid schwerstkranker Menschen. Der Stellenwert von Selbstbestimmung und Selbstachtung	24
1. Das Selbstbestimmungsrecht in verfassungsrechtlicher und ethischer Perspektive	24
2. Theologische Ansatzpunkte	25
3. Selbstachtung als Teil der Menschenwürde	28
4. Ärztliche Beihilfe zum Suizid	29
4.1. Der Zugang des Standesrechts und seine Probleme	29
4.2. Zur Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland	32
4.3. Arztethische Aspekte	33

I. VORBEMERKUNG: DIE GEGENWÄRTIGE DISKUSSIONSLAGE

1. Zum Umgang mit dem Lebensende in der säkularisierten Gesellschaft

Zu den Merkmalen unserer Gesellschaft gehören die Säkularisierung sowie die weltanschaulich-religiöse Pluralisierung. Religiöse und kirchliche Bindungen sind in den Hintergrund getreten. In der Bundesrepublik Deutschland stellen die Menschen ohne Religions- und Konfessionszugehörigkeit („Konfessionsfreie“) inzwischen die größte Teilgruppe dar (ca. 34 % im Vergleich zu jeweils ca. 30 % der Bevölkerung, die Mitglieder in evangelischen Kirchen oder in der römisch-katholischen Kirche sind¹). Dennoch sind die moralischen Überzeugungen vieler Menschen noch heute von religiösen Traditionen geprägt bzw. präziser: von ihnen mitgeprägt². Es kommt hinzu, dass sich die römisch-katholische Kirche und die evangelischen Kirchen darum bemühen, ihren Einschätzungen in der Öffentlichkeit und bei den politischen Entscheidungsträgern Gehör zu verschaffen. Dies war und ist zumal zu Themen der Medizinethik und des Medizinrechtes der Fall. So haben sich die beiden großen Kirchen vor der Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages gewandt und sie gebeten, kein Gesetz zu beschließen, das dem persönlichen Recht auf Selbstbestimmung zu weitgehend Rechnung trüge. Konkret wollten die Kirchen die Reichweite von Patientenverfügungen eng begrenzt halten und zum Beispiel Vorausverfügungen verhindern, die den Abbruch künstlicher Ernährung beim irreversiblen apallischen Syndrom (Wachkoma) vorsehen³.

Das Gesetz, das am 18. Juni 2009 zustande kam, hat sich über die Interventionen der Kirchen hinweggesetzt. Es orientierte sich stattdessen an der Patientenautonomie bzw. am Grundrecht von Patienten auf Freiheit und Selbstbestimmung. Aus heutiger Sicht ist festzuhalten, dass dies ein Schritt in die richtige Richtung war. Der Gesetzgeber beachtete den religiös-weltanschaulichen und den moralischen Pluralismus, der in unserer Gesellschaft vorhanden ist, und überließ es den Betroffenen selbst, sich ihren persönlichen Wertvorstellungen gemäß zu entscheiden. Trotz mancher Desiderate und offengebliebener,

¹ Aktualisierte Übersichten zur Religions- und Konfessionsstatistik online unter fowid.de/home (gesehen 10.2.2012).

² Davon abgesehen bildet sich inzwischen unter konfessionslosen Menschen eine neue, nachreligiöse Form von Spiritualität aus, die als „humanistisch“ und auch als „epikureische Lebenskunst“ beschrieben wird; vgl. Gita Neumann, Lebens- und Sterbehilfe. Bedürfnis nach geistiger Orientierung, in: Horst Groschopp (Hg.), Barmherzigkeit und Menschenwürde. Selbstbestimmung, Sterbekultur, Spiritualität, Aschaffenburg 2011, 61-145, hier 88 f.

³ Vgl. epd 16.5.2008: Kirchen formulieren Einwände gegen Entwurf zur Patientenverfügung, online: www.ekd.de/aktuell_presse/news_2008_05_16_1_patientenverfuegung.html; Stellungnahme von Erzbischof Zollitsch und Bischof Huber vom 14.5.2008 an die Bundestagsabgeordneten zum Thema Patientenverfügung, online: www.katholisch.de/22060.html (gesehen 10.2.2012).

vom Parlament noch ausgeklammerter Fragen hat das Patientenverfügungsgesetz die Rechtssicherheit verbessert⁴.

Zurzeit tritt in der Debatte, die über den Umgang mit dem Ende des menschlichen Lebens geführt wird, ein anderes Thema in den Vordergrund, nämlich der ärztlich assistierte Suizid. Schon seit mehreren Jahren wird kontrovers über den Wunsch von Patienten diskutiert, im Ausnahme- und Extremfall bei schwersten, unerträglich gewordenen Krankheitslasten das Leben freiwillig zu beenden. Vor allem ist strittig, ob die Mithilfe und Begleitung durch einen Arzt ethisch sowie rechtlich als erlaubt gelten kann⁵. Rechtlich sind die Rahmenbedingungen, die in der Bundesrepublik Deutschland für den ärztlich assistierten Suizid gelten, nicht ganz eindeutig. Obwohl kein Verbot besteht, herrscht eine gewisse Rechtsunsicherheit. Der Bundesgesetzgeber hat die Vorschläge, Rechtsklarheit herzustellen⁶, unbeachtet gelassen. An späterer Stelle wird auf rechtspolitische Aspekte zurückzukommen sein⁷. Zunächst soll exemplarisch auf neuere kirchliche, und zwar evangelische Voten hingewiesen werden, die sich mit dem Thema befassen. Danach wird erörtert, welche Gesichtspunkte für Religionen und Konfessionen zum Suizid generell relevant sind.

2. Neuere kirchliche Voten zum ärztlich assistierten Suizid: Unklarheiten und Widersprüche

Im Jahr 2008 hat sich die Dachorganisation der deutschen evangelischen Landeskirchen, die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), mit ihrer Stellungnahme „Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung“ zu Wort gemeldet. Das EKD-Votum fiel restriktiver aus als Überlegungen, die von Vertretern der akademischen Ethik oder von evangelischen Kirchen in europäischen Nachbarländern

⁴ Vgl. Gian Domenico Borasio et al. (Hg.), Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis, Stuttgart 2012.

⁵ Ein anderer, auch für die Bundesrepublik Deutschland relevant gewordener Teilaspekt der Fragestellung bildet die Beteiligung von Sterbehilfeorganisationen. Hierauf bezieht sich eine Initiative des Landes Rheinland-Pfalz, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches - Strafbarkeit der Werbung für Suizidbeihilfe, Bundesrat-Drucksache 149/10, 23.3.2010.

⁶ Vgl. z.B. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten, Mainz 2004, 100-109, 133-136; Beschlüsse des Deutschen Juristentages Stuttgart 2006 zu „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“, IV. Suizid; vorbereitend hierzu: Heinz Schöch / Torsten Verrel, Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung, in: Goltdammer's Archiv für Strafrecht 152 (2005), 553-586, hier 585.

⁷ S. u. Kapitel III, Abschnitt 4.2.: „Zur Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland“.

stammen⁸. Ähnlich wie Repräsentanten der Bundesärztekammer hob die EKD hervor, ärztliche Beihilfe zum Suizid sei schon allein deshalb unstatthaft, weil die Arztrolle, das gesellschaftliche Rollenbild des Arztes, nicht gefährdet werden dürfe. Andererseits deutete der EKD-Text in knappen Formulierungen an, es könne unter Umständen dennoch legitim sein, wenn ein Arzt einen Suizid begleitet. Sein Handeln lasse sich unter die Kategorie des Notstands subsumieren⁹. Die EKD ließ aber unklar, ob sie den entschuldigenden oder den rechtfertigenden Notstand meint. Überhaupt fällt auf, dass der EKD-Text nicht in die Tiefe ging. Insbesondere nannte er keine ethischen Kriterien, die für einen Arzt hilfreich sein könnten, falls er tatsächlich einmal in die Situation gerät, von einem Patienten um eine Suizidbegleitung gebeten zu werden.

Uneindeutig blieb ebenfalls das Votum, das die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa im Jahr 2011 publizierte. Einerseits lehnte es den Suizid angesichts schwerer Krankheit kategorisch ab, weil das Leben „Gottes gütiges Geschenk“ sei¹⁰. Andererseits deutete derselbe Text an, die Beihilfe oder die Begleitung eines freiverantwortlichen Suizids seien tolerabel. Um diesen Widerspruch zu erläutern, berief sich der Text auf den christlichen Fürsorgegedanken: „Mitgefühl und Fürsorge erfordern gerade, dass eine Person nicht allein gelassen wird mit der schrecklichen Entscheidung, ihr Leben zu beenden oder nicht, wobei die wirksamen Mittel hierfür womöglich auf dem Nachttisch bereitstehen“. Sofern die staatliche Gesetzgebung Suizidbeihilfe als legal ansehe, gelte aus kirchlich-christlicher Sicht, dass „Kirchen und Gemeinden“ selbst dann, wenn sie den Suizid eigentlich ablehnen, „fortfahren den Patienten zu begleiten, zu ermutigen und zu unterstützen, auch wenn es die feste Entscheidung des Patienten ist, die unterstützte Selbsttötung zu Ende zu führen“¹¹. Diese paradoxe Sicht kehrt auch in anderen Voten wieder, die aus evangelisch-theologischer Feder stammen: einerseits die Ablehnung des Suizids eines schwerkranken Menschen, weil dieser in unzulässiger Selbstbestimmung auf sein Leben zugreife, welches „unverfügbar“ sei;

⁸ Vgl. bereits Harry M. Kuitert, *Das falsche Urteil über den Suizid*, Stuttgart 1986; Jan Jans, „Sterbehilfe“ in den Niederlanden und Belgien. Rechtslage, Kirchen und ethische Diskussion, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 46 (2002), 283-300; Johannes Fischer, *Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe*, in: *Ethik in der Medizin* 16 (2004), 165-169; Michael Frieb, „Komm süßer Tod“ - Europa auf dem Weg zur Euthanasie? Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe, Stuttgart 2008, bes. 127 ff, 131 ff, 223 ff.

⁹ Vgl. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.), *Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung*, EKD-Texte 97, Hannover 2008, 31 f.

¹⁰ Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE, *Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende*, Wien 2011, 93.

¹¹ Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa, a.a.O. (Fußn. 10), 93 f, 98.

andererseits Verständnis für die Beihilfe, weil seitens der Arztes „Nichtstun die größere Schuld wäre“¹².

Die kirchlichen Überlegungen bleiben zwar widersprüchlich und inkohärent. Trotzdem zeigt sich, dass, anders als auf katholischer Seite, zumindest in evangelischen Kirchen die Meinungsbildung in Bewegung geraten ist. Präzisere Äußerungen stammen von evangelischen Kirchen in der Schweiz. Sie beteiligten sich an der Debatte, die über die dortigen Rechtsnormen zur Suizidbeihilfe (Artikel 115 Strafgesetzbuch) geführt worden ist¹³. Charakteristisch für die Diskussionslage in der Schweiz ist es, dass im Kanton Zürich eine Volksabstimmung am 15. Mai 2011 die dort geltende liberale Regelung zur Suizidbeihilfe eindeutig bestätigt hat. Das Abstimmungsergebnis „widerspiegelt die breite Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Individuums und die mittlerweile auch in aufgeklärten kirchlichen Kreisen verankerte Einsicht, dass Suizidbeihilfe mit einem christlichen Standpunkt vereinbar ist“¹⁴. Im Jahr 2010 hatte der Schweizerische Evangelische Kirchenbund es explizit befürwortet, dass der Staat den gesellschaftlichen Wertpluralismus achtet und dass das staatliche Recht die Suizidbeihilfe duldet. Zudem bejahte der Kirchenbund das persönliche Selbstbestimmungsrecht der Menschen, indem er sagte, dass „der ernsthafte Sterbewunsch einer Person in einer extremen Lebenssituation respektiert werden muss“¹⁵. Abwägend fügte er hinzu: „Suizidhilfe bietet keine allgemeine Dienstleistung, sondern Nothilfe im Einzelfall“¹⁶. Ähnlich differenziert votierte in der Schweiz 2010 die altkatholische Kirche¹⁷. Der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) ging dies allerdings zu weit. Sie hielt den Schweizer Kirchen vor, sich zu stark geöffnet und

¹² Wolfgang Huber, Assistierter Suizid? Contra, in: Zeitschrift für Rechtspolitik 44 (2011), 31; ähnlich ders., in: Süddeutsche Zeitung 28.9.2010, 8 („Die Mediziner laden Schuld auf sich“, Interview mit Wolfgang Huber und Michael de Ridder); vgl. ferner Ulrich Eibach, Eine ethische und seelsorgerliche Beurteilung. Beihilfe zur Selbsttötung?, in: Deutsches Pfarrerberblatt 2012, H. 1, Abschnitt IV, online unter www.deutsches-pfarrerblatt.de (gesehen 10.2.2012).

¹³ Im Juni 2011 fand diese Debatte durch die Zurücknahme der Gesetzesinitiative seitens der Schweizerischen Regierung ein vorläufiges Ende. Vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft, Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Bericht des Bundesrates, Bern, Juni 2011.

¹⁴ NZZ online 15. Mai 2011 („Klares Signal nach Bern. Zürcher Stimmbürger stützen Suizidhilfe-Praxis“).

¹⁵ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Perspektiven am Lebensende. Vernehmlassungsantwort zur Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe, 1. März 2010, 7, online unter www.sek.ch.

¹⁶ Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, a.a.O. (Fußn. 15), 2. Vgl. ferner: Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Das Sterben leben, SEK Positionen 9, 2007.

¹⁷ Vgl. Christkatholische Kirche der Schweiz, Stellungnahme zu den Änderungsvorschlägen im Schweizerischen Strafgesetzbuch und dem Militärstrafgesetz betreffend die organisierte Suizidhilfe, Bern/Oetwil a.S., 28. Februar 2010.

sich über den verneinenden Standpunkt anderer Kirchen und Konfessionen hinweggesetzt zu haben¹⁸.

Welche gedanklichen Hintergründe sind für die kirchlichen Voten maßgebend? Nachfolgend soll es umfassender um die Argumente gehen, die auf religiöser Seite und in der Theologie zum Thema des Suizids relevant sind. Außer protestantischen und römisch-katholischen werden noch weitere, auch nichtchristliche Einschätzungen erwähnt werden. Kirchen und Religionen lehnen die Selbsttötung, die Menschen angesichts schwersten Leidens und unheilbarer Krankheit in Betracht ziehen, vor allem deshalb ab, weil sie das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung nicht akzeptieren, das hierfür normativ die Voraussetzung bildet. Andererseits wird im Folgenden im Spiegel von Religionsgeschichte und Religionsvergleich deutlich werden, wie unsicher, schwankend und vielfältig religiöse Aussagen über den Suizid ausfallen. Letztlich ist auch auf religiöser Grundlage eine Sichtweise möglich, die es zulässt, dem Leiden der Betroffenen, der Tragik ihres persönlichen Schicksals, ihrer Würde und Selbstachtung sowie ihrem Selbstbestimmungsrecht gerecht zu werden. Dies gilt insbesondere für das Christentum. Sowohl die katholische als auch die protestantische Theologie bieten Anknüpfungspunkte, einen Suizid, der in der Situation schweren Leidens nach reiflicher Überlegung durchgeführt wird, für vertretbar zu halten.

¹⁸ Vgl. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.), a.a.O. (Fußn. 9), 23.

II. DER SUIZID IN DEN RELIGIONEN UND IN DER THEOLOGIE

Zunächst ist die Auffassung wiederzugeben, die in der Religions- und in der Christentumsgeschichte ganz im Vordergrund stand: die Verurteilung der Selbsttötung.

1. Die klassischen Einwände gegen den Suizid in den westlichen Religionen

In der Antike hatten philosophische Denkmodelle es als zulässig angesehen, angesichts von Krankheit und Schmerzen aus eigenem Entschluss die Selbsttötung als den „Weg zur Freiheit“ (Seneca) zu wählen¹⁹. Im Christentum setzte sich indessen die gegenteilige Auffassung durch. Sehr wirkmächtig wurde es, dass der Kirchenvater Augustinus (354-430) unter Berufung auf das fünfte Gebot des Dekalogs – „Du sollst nicht töten“ – den Suizid ganz strikt untersagte. Mit dem biblischen Verbot des Tötens sei nicht nur der andere Mensch, sondern auch die eigene Person gemeint. Denn wer sich selbst töte, töte ebenfalls einen Menschen²⁰. Die Einwände, die in der Theologie und auch in der Philosophie herkömmlich gegen die Selbsttötung erhoben wurden, kehren bei Thomas von Aquin (1225-1274) wieder. Zusammenfassend nannte er drei Vorbehalte, die gegen jede Selbsttötung – also nicht nur gegen die Selbsttötung im Fall schwerer Krankheit – zu erheben seien:

- Die Selbsttötung stellt ein Unrecht gegen die eigene Person dar, da sie der natürlichen Neigung des Menschen zur Selbsterhaltung widerspricht.
- Es handelt sich um ein Vergehen gegen die Gemeinschaft, der ein Mensch angehört.
- Sie bildet eine Sünde gegen Gott, dessen Eigentum die Menschen sind. Gott allein hat das Recht, über Tod und Leben zu entscheiden. Hierfür berief sich Thomas auf den alttestamentlichen Satz: „Sehet nun, daß ich's allein bin und kein Gott neben mir! Ich kann töten und lebendig machen, ich kann schlagen und kann heilen, und niemand ist da, der aus meiner Hand errettet“ (5. Mose 32,39). Derjenige, der Suizid begehe, schneide sich überdies die Möglichkeit der Reue ab und sterbe in der Todsünde. Er sei deshalb „ewig verloren“²¹.

Die drei Vorbehalte erweisen sich bei genauerer Betrachtung freilich als nicht tragfähig. Dies gilt erst recht dann, wenn ein Mensch einen Suizid in Anbetracht schwerer Krankheit und aussichtslosen Leidens erwägt. Mit seinem ersten Einwand knüpfte Thomas an die

¹⁹ Vgl. Ralf Stoecker, Ein wirklich ernstes philosophisches Problem. Philosophische Reflexionen über den Suizid, in: vorgänge. Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, Bd. 175, 45 (2006), H. 3, 4-23, hier 6 f; Maximilian Forschner, Über das Handeln im Einklang mit der Natur, Darmstadt 1998, 142-165.

²⁰ Vgl. Augustinus, De Civitate Dei, I, 20.

²¹ Darstellung der Sicht Thomas' z.B. bei Kuitert, a.a.O. (Fußn. 8), 44 ff, 49.

naturrechtliche Leitidee an, menschliches Leben werde von vier „natürlichen Neigungen“ („inclinaciones naturales“) geprägt: dem Streben nach Selbsterhaltung, nach Fortpflanzung, nach einer Existenz in der Gemeinschaft und nach Wahrheit²². Sofern es um einen Suizid angesichts schwerer Krankheit geht, ist jedoch zu beachten, dass schwerste Schmerzbelastungen oder unerträgliches Leiden bei einem Menschen die „natürliche Neigung“, leben bzw. weiterleben zu wollen, in den Hintergrund treten lassen können. Der Lebenswille wird gegebenenfalls davon überlagert, dass dem Betroffenen selbst das Weiterleben entwürdigend und erniedrigend erscheint und er seine Selbstachtung und persönliche Integrität bedroht sieht.

Der zweite Vorbehalt untersagte dem Einzelnen, sich durch einen Suizid der Gemeinschaft zu entziehen. Er fußt auf vorchristlicher Tradition. Bereits Aristoteles (384-322 v. Chr.) war der Meinung gewesen, dass derjenige, der die Gemeinschaft durch eine Selbsttötung schädige, kein ehrenhaftes Begräbnis erhalten solle; denn die Gemeinschaft, der Stadtstaat, habe auf den einzelnen Bürger ein Anrecht. Dies führte im Mittelalter zu der Paradoxie, misslungene Suizidversuche mit dem Tod zu bestrafen. Nach gelungener Selbsttötung wurde der Leichnam oft misshandelt²³. Noch im 20., teilweise sogar noch im 21. Jahrhundert wurde und wird kirchlicherseits eine Bestattung verweigert. Das staatliche Recht hat sich von dieser Sichtweise sehr viel früher als die Kirchen befreit. In Preußen ist die Strafbarkeit des Selbstmords im Jahr 1751 aufgehoben worden. Als in der Neuzeit – in der profanen Naturrechtstheorie und in der Aufklärungsphilosophie – zugunsten des Individuums die persönlichen Freiheitsrechte zur Geltung gebracht wurden, ließ es sich nicht länger aufrecht erhalten, den Suizid deswegen zu ächten, weil die Gemeinschaft auf den Einzelnen einen Anspruch habe und sie durch seine Selbsttötung beleidigt werde.

Das dritte der von Thomas genannten Argumente – Selbsttötung als Auflehnung gegen Gott als Schöpfer und Eigentümer des Lebens – wird noch ausführlich zu erörtern sein. Denn es stellt den Kern der Vorbehalte dar, die im Judentum, Christentum und Islam gegen die Selbsttötung, auch gegen den Suizid aus Krankheitsgründen, erhoben worden sind und heute noch erhoben werden. Zuvor ist zu erwähnen, dass gleichfalls fernöstliche Religionen, etwa der Buddhismus, einen wegen Krankheit und Leiden vollzogenen Suizid sowie die ärztliche Beihilfe oftmals nicht billigen.

²² Vgl. Thomas von Aquin, Summa Theologiae II, I q 94 a 2.

²³ Vgl. Stoecker, a.a.O. (Fußn. 19), 10 f.

2. Seitenblick: Buddhistische Zugangsweisen

Die fernöstliche Skepsis ergibt sich vor einem ganz anders gelagerten Begründungshorizont. Aufgrund der buddhistischen Lehre von der Wiedergeburt ist es religiös bedeutsam, ob die Handlungen, die ein Mensch vollbringt, für ihn selbst heilswirksam sind und ob die intentio, die einer Handlung zugrunde liegende Absicht, dem Heil in einer künftigen Existenz dient. Deshalb ist die Lebenszeit im jeweiligen Körper dazu zu nutzen, auf dem Heilsweg möglichst weit voranzuschreiten, um bei der nächsten Wiedergeburt eine höhere Existenzform zu erreichen oder im besten Fall das Karma-und-Wiedergeburt-Geschehen ganz zu überwinden. Weil die Verdienste, die im jetzigen Leben erworben werden, für die künftige Existenz folgenreich sind, gewinnt die Länge der Lebensspanne religiöse Relevanz. Der Suizid ist daher karmisch sinnlos. Was die Beihilfe zum Suizid eines Schwerkranken anbetrifft, so vertreten buddhistische Gelehrte zwar die Auffassung, sie könne legitimierbar sein, weil die ihr zugrunde liegende Intention das Mitgefühl, das Mitleid sei. Die Tat konkret zu realisieren und tatsächlich eine Beihilfe zum Suizid zu leisten, wird von buddhistischen Gelehrten jedoch abgelehnt, da beim Arzt als Täter hierbei die heilsschädliche Absicht (Tötung) gegenüber der heilsamen Absicht (Mitleid) die Oberhand gewinne²⁴.

Im Buddhismus gelangt auf diese Weise eine religiöse Gesinnungsethik bzw. eine Absichts-Moral zum Zuge. Die Einwände, die im Judentum, Christentum und Islam herkömmlich gegen den Suizid genannt wurden, sind anders angelegt. Sie beruhen auf einer Moral des Gehorsams.

3. Der Kern der Einwände im Judentum, Christentum und Islam: Suizid als Auflehnung des Menschen gegen Gott

In den westlichen Hochreligionen Judentum, Christentum und Islam wurde und wird die Selbsttötung vor allem deswegen verurteilt, weil sie eine Auflehnung gegen Gott symbolisiere. Durch seine Tat leugne der Selbstmörder es ab, dass sein Leben Gottes Eigentum sei. Dieser Einwand, der – wie erwähnt – auch für Thomas von Aquin tragend war, wirkt in den christlichen Kirchen bis heute nach.

²⁴ Vgl. Damien Keown, End of life: the Buddhist view, in: Lancet 366 (2005), 952-955, hier 953 f; Jens Schlieter, Zwischen Karma, Tod und Wiedergeburt (II). Buddhistische Medizinethik zu Fragen des Lebensendes, in: Ulrich H. J. Körtner et al. (Hg.), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen, Neukirchen-Vluyn 2006, 209-229, bes. 223.

3.1. Der römisch-katholische und der orthodoxe Standpunkt

In der Neuzeit haben sich anstelle des Wortes „Selbstmord“, das von vornherein eine Verurteilung impliziert, die wertneutralen Begriffe Selbsttötung oder Suizid eingebürgert. Umso stärker fällt auf, dass die römisch-katholische Kirche den Terminus „Selbstmord“ noch in der Gegenwart verwendet. Sie verurteilt ihn, weil das Leben von Gott „geschenkt“ worden sei, Gott „der höchste Herr des Lebens“ sei und die Menschen „nur Verwalter, nicht Eigentümer“ ihres Lebens seien²⁵. Hieraus erklärt es sich, dass die römisch-katholischen Bischöfe der Niederlande 2005 festlegten, nach aktiver Sterbehilfe dürfe keine kirchliche Beerdigung erfolgen. Außerdem dürfen einem Sterbewilligen keine Sakramente gegeben werden. Noch in neueren Dokumenten der römisch-katholischen Kirche findet sich die Aussage, das physische Leiden könne einen geistlichen Sinn haben, weil der Schmerz Anteil am Leiden Christi nehmen lasse und geistliches Wachstum vermittele²⁶.

Ähnlich äußern sich die christlich-orthodoxen Kirchen, die in Ost- und Südosteuropa großen Einfluss besitzen. Im Zuge der Osterweiterung der Europäischen Union, des Zusammenwachsens Europas und einer wachsenden Bedeutung der Orthodoxie auch in Deutschland ist es unerlässlich, sich ihre Anschauungen in höherem Maß zu vergegenwärtigen, als es bei uns bislang geschieht. Zur Bioethik, auch zu den Fragen des Lebensendes, vertreten sie Positionen, die denjenigen der katholischen Kirche nahestehen. Menschliches Leiden lasse am Leiden Christi partizipieren und ermögliche geistliches Wachstum²⁷. Das menschliche Leben gilt als Gabe, über die allein Gott gebietet. Es besitzt die Würde der Gottebenbildlichkeit und es ist – so ein Gedanke, der speziell für die Orthodoxie charakteristisch ist – zur „Vergöttlichung“ (griech.: „theosis“), zur Teilhabe an der himmlischen Vollkommenheit bestimmt. Sofern ein schwerkranker Patient sich aus eigenem Entschluss das Leben nimmt, stellt dies eine schwere Sünde dar. Daher sind weder eine christliche Beisetzung noch eine Seelenmesse zulässig. Es liegt im Ermessen des Bischofs, ob ein kirchliches Gebet gesprochen werden darf, sofern psychische Krankheitszustände die Ursache für die Selbsttötung waren²⁸. Manche orthodoxe Autoren

²⁵ Katechismus der Katholischen Kirche, München 1993, Nr. 2280. Übersicht über katholische Positionen: Adrian Holderegger (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg/Schw. / Freiburg/Br. 1999, Teil 2, 123-229.

²⁶ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie, 5. Mai 1980, Abschnitt III.

²⁷ Vgl. Stanley S. Harakas, Contemporary Moral Issues. Facing the Orthodox Christian, Minneapolis 1982, 175.

²⁸ Vgl. Die Grundlagen der Sozialdoktrin der Russisch-Orthodoxen Kirche. Deutsche Übersetzung mit Einführung und Kommentar, hg. v. Josef Thesing / Rudolf Uertz, Sankt Augustin 2001, Abschnitt XII.8;

bekunden freilich – auch im Sinn des für die christliche Orthodoxie wichtigen Prinzips der „oikonomia“ (Barmherzigkeit, Milde) – ein gewisses Verständnis für einen angesichts schwerer Krankheit vollzogenen Suizid, der vom Arzt begleitet wird. Durch die Umstände der Krankheit könne das Maß der persönlichen Verantwortlichkeit verringert worden sein²⁹.

3.2. Islamische Sichtweisen

Der Vorwurf, ein Selbstmord bringe eine Auflehnung gegen Gott zum Ausdruck, ist nicht auf die christliche Lehrbildung beschränkt, sondern kehrt in anderen Religionen wieder. Dies zeigt sich am Islam. Ungeachtet seiner Binnenpluralität bildet für den Islam das Allmachtsdogma, d.h. die Zuschreibung des Allmachtsprädikats an Gott, eine Schlüsselaussage. Hierdurch wird ausgeschlossen, dass der Mensch über das Leben verfügt, das Gottes Eigentum ist. Auf islamischer Seite wird der Selbstmord einschließlich einer Selbsttötung, die wegen Krankheit und physischer Schmerzen erwogen wird, absolut abgelehnt. Krankheit und Leiden sind vielmehr als von Gott auferlegte Prüfung oder als Strafe zu bewerten, die der Mensch für Sünden und Frevel verdient hat: „So spürt der Mensch Gottes Allmacht konkret in der erlebten Schwäche und Ohnmacht und tut gut daran, dieses Zeichen göttlicher Belehrung richtig zu verstehen und sich ganz in Gottes Willen zu ergeben“³⁰. Der Tod ist ein Durchgangstor zum Jenseits, wo die guten Taten belohnt und die bösen bestraft werden. Den Zeitpunkt des Todes hat Gott in seiner Allmacht festgelegt. Erst im Jenseits gilt der Mensch als „frei“.

Hiermit rückt im Islam die Lehre von der Allmacht Gottes nachdrücklicher in den Mittelpunkt als in anderen Religionen, in denen in dieser Hinsicht inzwischen begriffliche, dogmatische und religionsphilosophische Differenzierungen zu beobachten sind und Abschwächungen greifen³¹. Islamische Denkansätze schränken die menschliche Entscheidungsfreiheit über das Lebensende in so hohem Maß ein, dass nicht allein die

Russian Orthodox Church, The Basis of the Social Concept, XII: Problems of bioethics, 8, online: www.mospat.ru/en/documents/social-concepts/xii (gesehen 10.2.2012); Harakas, a.a.O. (Fußn. 27), 173 ff.

²⁹ Vgl. John Breck, The Sacred Gift of Life. Orthodox Christianity and Bioethics, Crestwood / New York 2000, 275. Allgemein: Athanasios Vletsis, Ist sich die Orthodoxie in bioethischen Fragen einig?, in: Una Sancta 66 (2011), 222-235.

³⁰ Peter Antes, Medizin im Islam, in: Hartmut Kreß / Kurt Racké (Hg.), Medizin an den Grenzen des Lebens, Münster 2002, 209-219, hier 211.

³¹ Eine radikale Bestreitung des Allmachtsdogmas hat der jüdische Religionsphilosoph Hans Jonas in seinem Buch „Der Gottesbegriff nach Auschwitz. Eine jüdische Stimme“, Frankfurt/M. 1987, vorgetragen.

Selbsttötung als völlig ausgeschlossen gilt, sondern es bis heute sogar schwerfällt, passive Sterbehilfe, palliative Sedierung oder eine Patientenverfügung zu akzeptieren, in der ein Mensch Entscheidungen über künftige Umstände der Krankheit und des Sterbens trifft. Zur passiven Sterbehilfe und zur palliativen Sedierung zeichnet sich in letzter Zeit freilich eine Flexibilisierung ab, so dass die künstliche Lebensverlängerung nicht mehr um jeden Preis verlangt wird. Passive Sterbehilfe wird auch durch islamische Rechtsgutachten (fatwas) legitimiert. Im Blick auf den Suizid ist aus den genannten theologischen Gründen, dem Allmachtsdogma und der Deutung des Lebens als Eigentum Gottes, jedoch noch heute keinerlei Spielraum vorhanden³².

3.3. Jüdische Positionen

Dasselbe gilt für das Judentum, das den Körper ebenfalls als bloße Leihgabe Gottes ansieht. Das menschliche Leben wird im Judentum als „heilig“ bezeichnet und hiermit quasi für sakrosankt erklärt. Daher sind Sterbehilfe und Selbsttötung bis heute nicht statthaft. Diese Einstellung geht nicht zuletzt auf den Arzt und Philosophen Maimonides († 1204) zurück, der für medizinische Fragen als herausragende Autorität gilt. Anders als im Christentum wird der Suizid in jüdisch-religiöser Perspektive sogar dann untersagt, wenn durch ihn einem anderen Menschen das Leben gerettet werden kann³³. Auch gegenüber der passiven Sterbehilfe oder dem Sterbenlassen, d.h. dem Unterlassen der Weiterbehandlung oder der Nichtaufnahme zusätzlicher Behandlungen, bestehen im Judentum Vorbehalte. Die passive Sterbehilfe erscheint allenfalls bei unmittelbarer Todesnähe akzeptabel. In jüdisch-religiöser Perspektive haben Patienten kein Recht, eine lebensrettende medizinische Behandlung zu verweigern. Aus dem alten rabbinischen Judentum wird das Zwangsprinzip überliefert, dass der Arzt „die Person mit einem befallenen Bein zwingen muss, sich einer Amputation zu unterziehen; er handelt so aus Gründen der Heilung“³⁴. Dieser religiösen Logik zufolge ist die Verpflichtung auf Leben und Gesundheit gegenüber dem Autonomieprinzip vorrangig.

³² Vgl. Ilhan Ilkic, Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51 (2008), 857-864; ders. et al., Palliativmedizin im interkulturellen Kontext. Kommentar, in: Ethik in der Medizin 22 (2010), 51-53; Abdulaziz Sachedina, End-of-life: the Islamic view, in: Lancet 366 (2005), 774-779.

³³ Vgl. Yves Nordmann, Das Ende menschlichen Lebens. Aspekte der jüdischen Medizinethik, in: Körtner et al. (Hg.), a.a.O. (Fußn. 24), 19-33, hier 19.

³⁴ Aus der Tosefta, zit. nach Heinz-Jürgen Loth, Gesundheit / Krankheit, Judentum, in: Michael Klöcker / Udo Tworuschka (Hg.), Ethik der Weltreligionen, Darmstadt 2005, 132-136, hier 133.

Da sich im heutigen Staat Israel die religiösen Vorgaben auch auf die staatliche Gesetzgebung auswirken, sind dort komplizierte Einzelregelungen entstanden. Für den Fall, dass der Patient dies wünscht, wird in Todesnähe die automatisierte Abschaltung eines lebenserhaltenden Apparates, d.h. einer Herz-Lungen-Maschine erlaubt; die Maschine muss nicht wieder eingeschaltet werden. Unstatthaft ist es jedoch, die apparative Lebensverlängerung manuell zu beenden. Die Gesetze, die in Israel seit 2006 zur Sterbehilfe gelten, versuchen, zwischen dem religiösen Gesichtspunkt der Heiligkeit des Lebens einerseits, der Patientenautonomie bzw. dem Selbstbestimmungsrecht andererseits einen Ausgleich herzustellen. Der medizinisch assistierte Suizid ist in Israel aber nach wie vor ausgeschlossen³⁵.

3.4. Protestantische Einschätzungen

Auch im evangelischen Christentum wird der Einwand, der Selbstmord verstoße gegen das Eigentumsrecht Gottes am menschlichen Leben, bis in die Gegenwart hinein aufrecht erhalten. Dies zeigte sich an den eingangs erwähnten Stellungnahmen evangelischer Kirchen³⁶. Zur Erläuterung sei nun auf den einflussreichen evangelischen Dogmatiker Karl Barth (1886-1968) Bezug genommen. Ihm zufolge hat Gott einem Menschen das Leben lediglich „geliehen“, so dass dieses nicht dem Menschen, sondern Gott gehört und der Einzelne über sein eigenes Leben nicht verfügen darf. Zwar hat Barth den Kreuzestod, den Jesus selbst auf sich nahm, ebenfalls als eine Form der Selbsttötung gedeutet. Dieses Handeln Jesu sei legitim gewesen, weil es „im Gehorsam gegen den Herrn des Lebens“ bzw. aufgrund einer „Verfügung seines Eigentümers“ geschehen sei³⁷. Hiervon abgesehen verurteilte Barth jedoch jeden Selbstmord als Sünde bzw. als Ausdruck dessen, dass der Mensch „im Abgrund der göttlichen Verwerfung oder ... im Abgrund des Atheismus zu versinken“ drohe³⁸. Er rezipierte die traditionelle religiöse Begriffsbildung, der gemäß das menschliche Leben das Eigentum Gottes ist, und verlangte immer wieder den „Gehorsam“ des Menschen gegenüber Gott als Eigentümer. Hierdurch stellte er in Abrede, dass Menschen im Umgang mit ihrem Leben eine eigene subjektive Verantwortung oder persönliche Freiheit besitzen. Die Konsequenz lautete, ein Selbstmord sei als „Betätigung einer angemessenen Souveränität des

³⁵ Vgl. Hans-Henrik Bülow et al., The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit, in: Intensive Care Medicine 34 (2008), 423-430, hier 425.

³⁶ S. o. Kapitel I, Abschnitt 2.: „Neuere kirchliche Voten zum ärztlich assistierten Suizid: Unklarheiten und Widersprüche“.

³⁷ Karl Barth, Die Kirchliche Dogmatik III/4, Zollikon 1951, 458.

³⁸ Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 462.

Menschen“³⁹ zu beurteilen, weil sich in ihm Ungehorsam gegen Gottes Eigentumsrechte manifestiere.

Auf das Gleiche läuft es hinaus, wenn Barth sowie weitere Vertreter der neueren evangelischen Dogmatik den Selbstmord eine „Selbstrechtfertigung“ nannten. Sie brachten auf diese Weise eine Begrifflichkeit ins Spiel, die seit der Reformationsepoche im Zentrum des evangelischen Christentums steht. Die reformatorische Rechtfertigungslehre hatte den Gedanken entfaltet, dass Gott dem Menschen Sünde und Schuld vergibt, ohne dass dieser hierfür seinerseits kirchliche Bußleistungen oder „gute Werke“ zu erbringen hätte. Mit ihrer Lehre von der passiven Gerechtigkeit (*iustitia passiva*) wandte sich die Reformation gegen die katholische Sicht, das Heil und die Sündenvergebung von bestimmten menschlichen Leistungen abhängig zu machen. In der kirchlichen katholischen Praxis des 16. Jahrhunderts konnte dies konkret der Kauf von Ablassbriefen sein. Die Ablehnung einer derartigen Werkgerechtigkeit und die Kritik an jeder Selbstrechtfertigung, die mit Hilfe menschlicher „Leistung“ erfolgt, wurden damals zu einer Kernaussage des Protestantismus. Evangelische Theologen des 20. Jahrhunderts haben diese theologische Leitidee dann ausgeweitet und sie dahingehend umgedeutet, dass auch der – wie sie durchweg sagten – „Selbstmord“ eine „Selbstrechtfertigung“ sei. Denn er beruhe auf einem eigenen freien Entschluss des Menschen, stelle einen Akt der Sinngebung für ein sinnloses Leben dar und solle eine „selbstvollbrachte Sühne für ein verfehltes Leben“ bewirken⁴⁰. Hierdurch werde die Passivität verletzt, in der sich der Mensch im Gegenüber zu Gott befinde. Barth zog das Fazit: „Eine Selbstrechtfertigung, Selbstheiligung, Selbsterrettung, Selbstverherrlichung des Menschen kann in keiner Form gelingen und so auch in dieser nicht.“ Deshalb hielt er „Selbsttötung als dieses Nehmen des eigenen Lebens“ für „eindeutig Selbstmord“⁴¹.

Solche Voten dokumentieren, wie tief es im Protestantismus verankert ist, eine Moral des religiösen Gehorsams zu postulieren und eigenverantwortliche menschliche Freiheit abzulehnen. Auf evangelischer Seite gelangt dieses Denken noch im 21. Jahrhundert zum Zuge⁴². Zwar hat Karl Barth nicht verkannt, dass Menschen in Notsituationen geraten können, in denen ihnen ein Suizid als letzter Ausweg erscheinen kann. Doch auch für solche Fälle

³⁹ Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 460 f.

⁴⁰ Dietrich Bonhoeffer, *Ethik*, 9. Aufl. München 1981, 178.

⁴¹ Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 461.

⁴² Vgl. z.B. nur Frank Mathwig, *Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhelfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht*, Zürich 2010, 141: „Der Mensch hat die Möglichkeit, sein Leben zu beenden, aber er kann diese Entscheidung nicht souverän treffen, weil er nicht Souverän des eigenen Lebens ist“. Es sei die Aufgabe der Theologie, „Kritik an einer Moral des souveränen Subjekts“ zu üben; ähnlich ebd. 198 ff u. passim.

sprach er der Selbsttötung pauschal jede Legitimation ab. Dem Gebot Gottes „Du sollst leben!“ habe der Mensch unter allen Umständen zu gehorchen. Barth erläuterte dies dann in der Weise, dass dieser Befehl als eine „Wohltat“ zu gelten habe, weil er ja von Gott selbst stamme. Deshalb verwandele sich das „Du sollst leben!“ unter der Hand in ein „Du darfst leben!“⁴³.

4. Kritische Rückfragen an das überlieferte religiöse Nein

Nun ist es unverkennbar, dass ein solches dogmatisches „Du sollst leben!“ / „Du darfst leben!“ an der existentiellen Situation von Menschen vorbeigeht, die aufgrund von unerträglich gewordenen Belastungen an eine Selbsttötung denken. Das „Du darfst leben!“ droht sogar in Zynismus umzuschlagen⁴⁴. Insgesamt ist religionsgeschichtlich festzuhalten: Seit der Antike bis zur Theologie des 20. / 21. Jahrhunderts wurde das menschliche Leben als Eigentum Gottes und als Gabe oder Geschenk Gottes gedeutet, das der Mensch nicht zurückweisen dürfe, ohne sich der Undankbarkeit und der sündigen Missachtung der Güte Gottes schuldig zu machen.

Hierfür war freilich ein vorneuzeitlicher Eigentumsbegriff leitend, der hoheitlich-herrschaftlich strukturiert war und heute nicht mehr geteilt wird. In der Neuzeit wurde er von einem Eigentumsverständnis abgelöst, das person- und subjektorientiert angelegt ist. Diesem zufolge gelten äußerer materieller Besitz sowie die äußere körperliche Existenz, d.h. Leib und Leben, und darüber hinaus das Innere, das Gewissen und die persönlichen Überzeugungen als das Eigentum jedes einzelnen Menschen selbst. Die Abkehr von den älteren hoheitsrechtlich-obrigkeitlichen Eigentumstheorien erfolgte in der neuzeitlichen profanen Naturrechtsphilosophie, die im 17. und 18. Jahrhundert entwickelt wurde – von Autoren im zeitlichen und geistigen Spektrum zwischen dem calvinistisch geprägten Rechtsgelehrten Johannes Althusius († 1638), dem englischen Philosophen John Locke (1632-1704) und dem jüdischen Aufklärungsphilosophen Moses Mendelssohn (1729-1786). Sie richteten ihre Lehre über das Eigentum am menschlichen Subjekt aus. Ihre Eigentumstheorie bildete den Ausgangs- und Schlüsselgesichtspunkt für die neuzeitliche Idee individueller Menschen-, Grund- und Freiheitsrechte überhaupt. Sie trug z.B. dazu bei, dass im Verlauf der Neuzeit die Freiheit des individuellen Gewissens und des Glaubens respektiert wurde. Denn die Gewissensüberzeugungen stellen eine Form von Eigentum dar, das – als „inneres“, geistiges

⁴³ Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 463 f.

⁴⁴ Vgl. bereits Dietz Lange, Ethik in evangelischer Perspektive, Göttingen 1992, 388.

Eigentum – von der menschlichen Person nicht ablösbar ist und daher für Dritte unverfügbar bleiben muss⁴⁵. Darüber hinaus bewirkte der neuzeitliche Eigentumsgedanke – nämlich die Aussage, der Leib und das Leben seien das Eigentum des Einzelnen selbst –, dass Leibeigenschaft, Körperstrafen, Folter, die Todesstrafe und das staatliche Verbot des sogenannten Selbstmords abgeschafft wurden. Soweit religiöse Theorien noch in der Gegenwart daran festhalten, das menschliche Leben sei Eigentum Gottes, und sofern sie hieraus ein absolutes Verbot des Suizids ableiten, bleiben sie dem vormodernen Paradigma eines heteronomen, hoheitlich-obrigkeitlichen Eigentumsverständnisses verhaftet⁴⁶.

An die hoheitlich-herrschaftliche Eigentumsidee angelehnt, heißt es in religiösen oder theologischen Texten oftmals noch heutzutage, das menschliche Leben sei „unverfügbar“ und schlechthin unantastbar, weil es eine „Leihgabe“ oder ein „Geschenk“ Gottes sei. Diese Aussage enthält häufig eine Zuspitzung, die nicht zu überzeugen vermag. Denn sie verwandelt die Gabe in einen Zwang. Sachlich und sprachlogisch lässt sich aus der Umschreibung des Lebens als Gottes Gabe oder Geschenk aber nicht ableiten, dass der Mensch dieses Geschenk immer annehmen *muss*. Vielmehr gehört zu den Merkmalen einer Gabe oder eines Geschenkes, dass es nicht aufgezwungen wird, sondern dass der Beschenkte es als hilfreich und bereichernd erlebt und er den Umgang mit ihm bzw. die Nutzung nach eigenem Ermessen verantwortet. Aus der religiösen Deutung des Lebens als Geschenk lässt sich nicht folgern, dass der Mensch, dessen Leben zur unerträglichen Last geworden ist, sein Leben unbedingt auf sich zu nehmen hat. Aus dem Gabe-Charakter kann der Anstoß zu einem bedachtsamen, verantwortlichen Umgang mit dem Leben, aber keine Lebenspflicht, erst recht keine absolute Lebenspflicht abgeleitet werden.

Behutsamer und weiterführend argumentieren Stimmen nichttheologischer Provenienz. Dies gilt sogar in *theologischer* Hinsicht. Der Jurist Hans-Ludwig Schreiber hat Gesichtspunkte, die angesichts schwerster Krankheit im Blick auf den Suizid theologisch zu bedenken sind, wie folgt zusammengefasst: „Ich kann mir eigentlich nicht vorstellen, dass prinzipiell die Theologie gegen eine Lebensbeendigung in absolut hoffnungslosen Fällen Grundsätzliches einwenden kann. Ich kann mir Gott nicht anders vorstellen, als dass er dafür Verständnis haben wird, wenn ich ihm das mir gegebene Leben in hoffnungsloser

⁴⁵ Vgl. Moses Mendelssohn, Jerusalem oder über religiöse Macht und Judentum (1783), in: Gesammelte Schriften, Jubiläumsausgabe, Bd. 8, Stuttgart-Bad Cannstatt 1983, 101-204, hier 121 ff u. passim.

⁴⁶ Eingehender zum Profil der neuzeitlich-modernen Sicht von Eigentum: Hartmut Kreß, Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik, Stuttgart 2012, 181 ff. Vgl. auch Hannah Rabe, Eigentum, in: Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 2, hg. v. Joachim Ritter, Basel 1974, 339-342.

Leidenssituation vorzeitig zurückgebe, mich zu ihm flüchte, wenn meine Krankheit unerträglich wird. Ich hoffe, dass er mich dann nicht zurückweisen wird, wenn ich Hilfe suchend früher zu ihm zurückkomme, als das nach normalem Lebensablauf der Fall wäre“⁴⁷. Eine solche Überlegung nimmt die Schlüsselaussagen des Christentums ernst, die die Gnade und Güte Gottes sowie die Annahme des Menschen durch Gott hervorheben. Angesichts einer christlich-theologischen Perspektive, die die Gnade Gottes und die Rechtfertigung jedes Menschen durch Gott als Kern der christlichen Gotteslehre ins Licht rückt, kann ein starres Nein gegenüber jeder Selbsttötung theologisch nicht aufrecht erhalten werden.

Zusätzlich sind weitere Aspekte aufzuarbeiten. Schon in der Vergangenheit ist innerhalb des Christentums die Ablehnung und Verurteilung des Suizids keineswegs konsequent durchgehalten worden.

5. Traditionelle Gründe, den Suizid religiös zu entschuldigen

5.1. Die dämonologische Interpretation

Zunächst ist ein Gedankengang zu erwähnen, der auf der älteren Geschichte des Christentums fußt. Im Mittelalter wurde ein Suizid oftmals damit erklärt, dass er auf der Einwirkung und Macht des Teufels beruhe. Im 7. Jahrhundert ging das Bußbuch des Theodor von Canterbury auf den Selbstmord ein und führte die Motive, nämlich Verzweiflung und Wahnsinn, auf den Teufel zurück⁴⁸. Den Synoden von Arles (452) und Braga (563) gemäß war der Selbstmord ein „furor diabolicus“⁴⁹. Die dämonologische Interpretation bedeutete oftmals, dass die Verwerflichkeit des Suizids grell in den Vordergrund gerückt wurde. Aber sie ließ sich auch anders wenden. Für den evangelischen Reformator Martin Luther (1483-1546) bot sie den Ausgangspunkt dafür, gegenüber dem Täter religiös nachsichtig zu sein und – in einer Äußerung aus dem Jahr 1544 – sogar eine kirchliche Beisetzung zu akzeptieren. Luther deutete den menschlichen Willen als grundsätzlich unfrei (Lehre vom „unfreien Willen“) und verglich den Menschen mit einem Zugtier, das von Gott oder vom Teufel beherrscht werde. Weil eine Selbsttötung auf Einwirkungen des Teufels basiere, hielt er sie für entschuldbar, so dass die Seele „nicht einfach verdammt“ werde: „Ich bin nicht der

⁴⁷ Hans-Ludwig Schreiber, Die Neuregelung der Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien - Vorbild für die Bundesrepublik?, in: Kreß / Racké (Hg.), a.a.O. (Fußn. 30), 123-132, hier 131.

⁴⁸ Vgl. Johannes Grabmayer, Zwischen Diesseits und Jenseits. Oberrheinische Chroniken als Quelle zur Kulturgeschichte des späten Mittelalters, Köln 1999, 78.

⁴⁹ Vgl. Adrian Holderegger, Suizid, in: Walter Kasper et al. (Hg.), Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. 9, 3. Aufl. Freiburg/Br. 2000, 1105-1108, hier 1107.

Meinung, daß die ganz und gar zu verdammen seien, die Selbstmord begehen. Mein Grund dafür: sie tun es nicht gern, sondern werden von der Macht des Teufels überwältigt – wie (wenn) jemand in einem Wald von einem Wegelagerer ermordet würde“⁵⁰. Zwar beließ Luther es grundsätzlich dabei, die Leichen der Selbstmörder seien zu verbrennen, um durch solche Strafen abzuschrecken und das Volk zur Gottesfurcht zu erziehen. Dies entsprach seiner theologischen Lehre von „Gesetz und Evangelium“, nämlich seiner Auffassung von der pädagogischen Funktion, die das von Gott gegebene weltliche Gesetz besitze („usus paedagogicus legis“: Die weltlichen Gesetze und Gebote sollen zu Gott hinleiten). Dennoch trug die dämonologische Deutung dazu bei, dass Luther die religiöse Verurteilung von – wie es damals hieß – Selbstmördern abschwächte.

5.2. Die medikalisierende Entschuldigung

In den nachfolgenden Jahrhunderten verblasste der Glaube an den Teufel. Die christlichen Kirchen milderten ihre Verurteilung des sogenannten Selbstmords allmählich aber aus einem anderen Grund. Sie knüpften hierfür an Motive an, die für die neuzeitlich-moderne Geistesgeschichte generell tragend wurden, nämlich an medizinische Deutungsmuster, d.h. konkret an die medizinische bzw. an die medikalisierende Betrachtung der Selbsttötung als Ausdruck von Krankheit. Sogar die römisch-katholische Kirche hält eine Selbsttötung heute unter der Bedingung für religiös verzeihlich, dass sie auf der Grundlage von Depression, psychischer Krankheit oder Geistesstörung und in diesem Sinne unfreiwillig geschieht. Für diesen Fall darf jetzt auch nach katholischer Auffassung eine kirchliche Bestattung durchgeführt werden. Geistesgeschichtlich hatte sich eine derartige Nachsicht gegenüber Suizidenten sogar schon im Mittelalter angebahnt: „So beschloß 1399 Bischof Wilhelm von Diest, allerdings erst nachdem er sich eingehend mit Kapitel, Offizial und Räten beraten hatte, einen Straßburger Bürger, der sich in der Breusch ertränkt hatte, kirchlich zu beerdigen, da er unzurechnungsfähig gewesen war. Die Unterscheidung zwischen bewußtem und unbewußtem Suizid infolge einer Geistesstörung wurde erstmals von Timotheus von Alexandrien 381 vorgenommen, der wie der Straßburger Bischof ein Jahrtausend nach ihm im Falle der Unzurechnungsfähigkeit die Sanktionen gegen einen Selbstmörder auszusetzen befahl“⁵¹. Der

⁵⁰ Martin Luther, Tischreden, in: Luther deutsch. Die Werke Martin Luthers in neuer Auswahl für die Gegenwart, Bd. 9, hg. von Kurt Aland, Göttingen 1991, 252. Vgl. Georges Minois, Geschichte des Selbstmords, Düsseldorf/Zürich 1996, 112.

⁵¹ Grabmayer, a.a.O. (Fußn. 48), 81.

Selbstmord gilt in römisch-katholischer Sicht erst dann als Todsünde, wenn er freiwillig aufgrund bewusster Entscheidung vollzogen wird.

6. Die situationsethische Legitimierung des Suizid

In der neueren evangelischen Theologie gelangte noch ein weiterer Ansatz zum Zuge. Er läuft darauf hinaus, die Selbsttötung nicht nur zu entschuldigen, sondern sie sogar zu legitimieren und sie geradezu für geboten zu erklären. Demzufolge ist ein Suizid legitim, wenn er nicht auf dem eigenen Willen, sondern auf dem „Befehl“ Gottes beruht. Wie oben angesprochen wurde, hatte der evangelische Dogmatiker Karl Barth die Selbsttötung kompromisslos untersagt, weil sie Ungehorsam gegen Gott darstelle und sich am Leben als Gottes Eigentum vergreife. Trotzdem warf er dann selbst die Frage auf, „ob Einer sich selbst töten darf und soll, der in Gefahr steht, unter der Folter seine Freunde, die gute Sache zu verraten“. Barth gelangte zu der Auskunft, die „Freiheit“ zu einer solchen Selbsttötung sei gegeben, wenn sie dem Täter von Gott selbst verliehen werde: „dann soll er freudig und entschlossen, nicht mit lädiertem, sondern mit intaktem Gewissen von ihr Gebrauch machen“⁵².

Barths Aufforderung, eine Selbsttötung „freudig und entschlossen“ durchzuführen, ist zweifellos befremdlich – schon allein in sprachlicher Hinsicht. Das Ja zur Selbsttötung, zu dem er hier auf einmal gelangte, erklärt sich daraus, dass er die biblischen Belegstellen nicht übergehen wollte, in denen Selbsttötungen erwähnt werden. Anders als die späteren kirchlichen Lehraussagen gaben die alt- und neutestamentlichen Belegstellen keine Ablehnung oder Verurteilung des Freitods zu erkennen, sondern blieben wertungsneutral⁵³. Darüber hinaus wirkte sich aus, dass Barth seine Gehorsamsmoral – die Idee einer sogenannten fremden Freiheit, d.h. einer Freiheit in Form des „Gehorsams“ gegenüber Gott und der Unterwerfung unter Gottes Willen⁵⁴ – mit einer Situationsmoral kombinierte: Der Mensch hat sich dem Willen Gottes zu unterwerfen, so wie dieser ihm im jeweiligen Augenblick offenbar wird. Hieraus folgte Barth im Blick auf den Suizid: „Gottes Befehl – wenn er so oder so vorliegt – muß so oder so gehorcht werden“⁵⁵.

⁵² Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 470.

⁵³ Vgl. 1. Samuel 31,3-6 (zu König Saul); 2. Samuel 17,23; Richter 16,23 ff (zu Simson); 1. Könige 16,18 f; Matthäus 27,3-5; Apostelgeschichte 1,16-20. Vgl. hierzu z.B. Kuitert, a.a.O. (Fußn. 8), 107 ff; Horst J. Koch, Suicides and suicide ideation in the Bible, in: Acta Psychiatrica Scandinavica 112 (2005), 167-172.

⁵⁴ S. o. Kapitel II, Abschnitt 3.4.: „Protestantische Einschätzungen“.

⁵⁵ Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 470.

Es liegt auf der Hand, dass diese Positionierung evangelischer Dogmatik ganz erhebliche Schwächen enthält:

- Sie überspielt das erkenntnistheoretische Problem, dass eine eindeutige Einsicht in das Sein oder den Willen Gottes unter endlichen Bedingungen unerreichbar bleibt.
- Die situationsethische Legitimierung des Selbstmords droht zum Einfallstor für subjektivistische, dezisionistische Wertungen zu werden, die sich *willkürlich* auf den Willen Gottes berufen.
- Sie nennt keine Kriterien und Ansatzpunkte, die übersituativ gelten.
- Darüber hinaus überspielt das rein situationsethische, auf den Gehorsam gegen Gott abstellende Denken die Möglichkeiten der Suizidprävention, die aus einer zwischenmenschlichen Kommunikation und aus mitmenschlicher Begleitung resultieren.

Wenn man diese Einwände durchdenkt, wird erkennbar, dass sich die neuere evangelische Theologie dem Thema des Suizids nicht angemessen gestellt hat. Andererseits zeigt sich, dass die Theologie nicht einfach starr bei einem bloßen Verbot der Selbsttötung stehengeblieben ist. Vielmehr hielt sie Verbotsausnahmen für möglich. Solche Ausnahmen vom Suizidverbot ergaben sich auch noch aus einer weiteren Traditionslinie, die in der Geschichte des Christentums erhebliches Gewicht besessen hatte. Sie kehrte bei dem evangelischen Theologen Dietrich Bonhoeffer (1906-1945) wieder.

Zwar blieb Bonhoeffer grundsätzlich der herkömmlichen theologischen Verurteilung des Selbstmords verhaftet. Es handele sich um eine Tat menschlicher „Freiheit“, die eine Auflehnung gegen Gott darstelle und daher Sünde sei. Dennoch setzte sich Bonhoeffer mit Handlungskonflikten auseinander, angesichts derer eine Selbsttötung vertretbar erscheinen könne. Neben der Selbsttötung, die einen Geheimnisverrat verhindern soll, ging er auf den unheilbar Kranken ein, der sich das Leben nimmt, weil „seine Pflege den materiellen und seelischen Zusammenbruch seiner Familie zur Folge hat“⁵⁶. Bonhoeffer konnte nicht ahnen, welchen alltagsweltlichen Problemdruck die ökonomische und psychosoziale Überforderung von Angehörigen durch langjährige Pflege im 21. Jahrhundert erhalten hat. In seinem damaligen Text hielt er eine derartige Selbsttötung für rechtfertigbar, weil sie zugunsten anderer ins Auge gefasst wird, d.h. weil ein altruistisch motivierter Suizid bzw. ein sogenannter Opfersuizid vorliegt. Damit knüpfte er an einen breiten Strang der Religions- und Theologiegeschichte an, der die Selbsttötung entschuldigt und sie für erlaubt erklärt hatte.

⁵⁶ Bonhoeffer, a.a.O. (Fußn. 40), 182.

7. Der Opfersuizid als christliches Motiv

Religionsgeschichtlich hat der Opfersuizid, das Selbstopfer, quer durch die Religionen eine große Rolle gespielt⁵⁷. Im Christentum beruhte dies auf christologischen Motiven. Für die altkirchlichen Theologen Tertullian († nach 220) oder Origenes († um 254) war der Tod Jesu eine Selbsttötung⁵⁸. Auch Karl Barth verstand unter Rückgriff auf neutestamentlich überlieferte Worte Jesu („Niemand nimmt mein Leben von mir, sondern ich gebe es von mir aus hin. Ich habe Macht, es hinzugeben“) den Kreuzestod als eine Form der Selbsttötung Jesu, die zugunsten anderer geschah⁵⁹. So sehr im Christentum die „freiwillige“, auf eigenem menschlichem Entschluss beruhende Selbsttötung theologisch abgelehnt wurde und wird, traf der Opfersuizid auf Verständnis, und zwar erstens in Gestalt der Aufopferung des eigenen Lebens für den Glauben (Martyrium) und zweitens zugunsten anderer Menschen (altruistischer Suizid).

7.1. Seitenblick: Die Selbsttötung um des Glaubens willen

Zur ersten Form des Opfersuizids, der Aufopferung der eigenen Person um des Glaubens willen, erfolgt hier nur ein kurzer Seitenblick. Der religiöse Opfersuizid ist im Christentum teilweise geradezu überlegitimiert worden. Noch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat der katholische Theologe Karl Rahner (1904-1984) ihn ausdrücklich befürwortet. Er rechtfertigte ihn mithilfe eines Freiheitsbegriffs, den er freilich ganz eigenwillig auslegte. Der Tod, der um des christlichen Glaubenszeugnisses willen intendiert werde, sei ein „freier“ und „guter“ Tod; er sei sowohl subjektiv als auch objektiv ein „Tod geglückter Freiheit“. Rahners Freiheitsbegriff beruhte auf einer transzendentaltheologischen Position, der zufolge die gute oder wahre Freiheit die ihr eigene Vollkommenheit von Gott als ihrem Objekt her erlangt. Wenn der Christ um Christi und um der „unendlichen Freiheit Gottes“ willen stirbt, erlangt die Freiheit dieses Opfersuizids ihre Qualität und Sinnhaftigkeit durch das intendierte Objekt. Zwar sei mit der offiziellen Kirchenlehre daran festzuhalten, dass jeder sonstige Selbstmord „objektiv falsch“ sei. Dies gelte aber nicht für den freiwilligen Opfersuizid, der dem

⁵⁷ Vgl. Manfred Hutter, Selbstopfer, in: Walter Kasper et al. (Hg.), Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. 9, 3. Aufl. Freiburg/Br. 2000, 426 f.

⁵⁸ Vgl. Dietrich von Engelhardt, Die Beurteilung des Suizids im Wandel der Geschichte, in: Gabriele Wolfslast / Kurt W. Schmidt (Hg.), Suizid und Suizidversuch, München 2005, 11-26, hier 16; Minois, a.a.O. (Fußn. 50), 43, 46.

⁵⁹ Vgl. Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 458, unter Bezug auf Johannes 10,17 f.

Bekenntnis des Glaubens diene, da bei ihm das Gute subjektiv und objektiv zusammenfielen, so dass ihm „rechtfertigende Kraft“ zukomme und er ein Heilsereignis sei, welches noch höheren Rang habe als die sonstigen kirchlichen Sakramente; er sei ein erstrebenswertes „Übersakrament“. Rahner bewertete den glaubensbezogenen Opfersuizid als „heimliche(n) Kunstgriff Gottes, der die Möglichkeit höchster Freiheit schafft“. Er rückte ihn in die Nähe der Selbsttötung bzw. des Todes, den Jesus selbst am Kreuz gesucht habe⁶⁰. Hiermit hat Rahner den religiösen Opfersuizid geradezu verklärt und ihn nicht nur als religiös erlaubt, sondern als sogar erstrebenswert interpretiert.

7.2. Altruistischer Opfersuizid

In unserem Zusammenhang ist vor allem der Sachverhalt von Interesse, dass in der Geschichte des Christentums ebenfalls die zweite Form des Opfersuizids, die Aufopferung des Lebens zugunsten von Mitmenschen, einen hohen Stellenwert besaß. Dies lässt sich an der christlichen Kunstgeschichte ablesen. In vielen Darstellungen, bis hin zur Volkskunst, spielte der Pelikan eine Rolle, der zum Symbol für den Opfertod Christi wurde. Im Mittelalter nahm man an, ein Pelikan ernähre seine Jungen dadurch, dass er sich die Brust aufreißt und seine Nachkommen mit dem eigenen Blut füttere, bis er selbst stirbt. Die Vorstellung beruhte darauf, dass der Pelikan seine Brut aus einem Kehlsack füttert. Hierdurch wurde er in der christlichen Kunst zum Symbol der opferbereiten Liebe in der Nachfolge Christi⁶¹. Der Sache nach hat im 20. Jahrhundert Dietrich Bonhoeffer an die überlieferte Legitimierung des Opfersuizids angeknüpft, als er über die Selbstaufopferung des Gefangenen zugunsten seines Volkes oder den Freitod des Schwerkranken zugunsten seiner Familie nachdachte. Er gelangte zu dem Ergebnis: „Eine Absolutsetzung des Verbotes der Selbsttötung gegenüber der Freiheit des Lebensopfers läßt sich angesichts solcher Fälle schwerlich begründen“⁶². Näherhin erörterte er den altruistischen Opfersuizid in der Logik einer Handlungsfolgenabschätzung und einer Ziel- und Güterabwägung, für die es ausschlaggebend ist, ob das angestrebte Gut den Einsatz des eigenen Lebens rechtfertigt⁶³. Das absolute Verbot

⁶⁰ Karl Rahner, Zur Theologie des Todes. Mit einem Exkurs über das Martyrium, 4. Aufl. Freiburg/Br. 1963, Zitate: 101, 91, 92, 87.

⁶¹ Vgl. Hildegard Kretschmer, Lexikon der Symbole und Attribute in der Kunst, Stuttgart 2008, 316; Christoph Gerhardt, Die Metamorphosen des Pelikans. Exempel und Auslegung in mittelalterlicher Literatur, Frankfurt/M. 1979, 11 ff.

⁶² Bonhoeffer, a.a.O. (Fußn. 40), 182.

⁶³ Vgl. Bonhoeffer, a.a.O. (Fußn. 40), 177.

des Suizids, das auf der Ablehnung der freien Selbstbestimmung über das eigene Leben und den eigenen Leib beruhte, hat er hiermit durchbrochen.

Die Befürwortung des altruistischen Opfersuizids kehrt in einer bestimmten Abwandlung und Zuspitzung sogar in neuen Äußerungen deutscher evangelischer Kirchen wieder. Als in den 1990er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland über die Optionen der Organentnahme nach dem Hirntod diskutiert wurde, bestritten kirchliche Stimmen die Validität des Hirntods als Kriterium der medizinischen Todesfeststellung. Sie betonten, dass der Hirntote noch „lebt“. Evangelische Kirchen bewerteten die Explantation eines Organs aus einem Hirntoten deshalb als Tötungshandlung bzw. der Sache nach – ohne den Begriff zu verwenden – als aktive Euthanasie durch den Arzt. Andererseits wollten sie aber nicht die bei dieser Sicht naheliegende Konsequenz ziehen, Organtransplantationen für unstatthaft zu erklären⁶⁴. Vielmehr schlugen sie vor, dass Menschen der Entnahme eines Organs nach dem Hirntod im Vorhinein explizit zustimmen müssen (im Sinn einer *ganz* engen Zustimmungslösung – im Unterschied zur erweiterten Zustimmungslösung, die das Transplantationsgesetz von 1997 dann vorsah). Gedeckt durch die vorherige Zustimmung des Betroffenen dürfe der explantierende Arzt die „Beendigung des Lebens“⁶⁵, d.h. die aktive Tötung durchführen. Indem der Organspender sein Leben freiwillig hingebe, vollziehe er eine Tat der Nächstenliebe in der Nachfolge des Lebensopfers Jesu; er orientiere sich am Wort Jesu „Größere Liebe kann niemand aufbringen, als dass er sein Leben für seine Freunde hingibt“ (Johannes 15,13)⁶⁶. Auf Einzelheiten der damaligen kirchlichen Argumentation, auch im Blick auf das Hirntodkriterium, und auf ihre Problematik ist hier nicht näher einzugehen⁶⁷. In unserem Zusammenhang kommt es nur darauf an, dass neuere kirchliche Verlautbarungen das Motiv des Opfersuizids aufgegriffen haben, indem sie die Organentnahme nach dem Hirntod als zulässiges freiwilliges Selbst- und Lebensopfer betrachteten.

Hiervon sticht nun ab, dass christliche Kirchen, zumal in Deutschland, es nach wie vor in Abrede stellen oder es in der Schwebe lassen, ob ein Patient das eigene Leben im Extremfall schwerster Krankheit aus einer eigenen Entscheidung heraus beenden und ein Arzt ihm hierzu

⁶⁴ In dieser Hinsicht folgerichtiger als die evangelische Kirche: Hans Jonas, Brief an Hans-Bernhard Wuermeling, in: Johannes Hoff / Jürgen in der Schmitt (Hg.), Wann ist der Mensch tot?, Hamburg 1994, 21-25, hier 24 f.

⁶⁵ Wolfgang Huber, Gerechtigkeit und Recht, Gütersloh 1996, 283.

⁶⁶ Vgl. die 1996 von der Kirchenleitung der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg verfasste Schrift „Organtransplantation“.

⁶⁷ Vgl. Hartmut Kreß, Medizinische Ethik, 2. erweiterte Aufl. Stuttgart 2009, 226 ff. – Zur neueren Diskussion über das Hirntodkriterium: Sabine Müller, Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik, in: Ethik in der Medizin 22 (2010), 5-17.

Beihilfe leisten darf⁶⁸. Es kann jedoch nicht überzeugen, diesem Thema gedanklich auszuweichen. Daher ist jetzt über die kirchlichen Voten hinauszugehen. Im Blick auf einen Suizid, den ein Patient unter den Bedingungen unheilbarer Krankheit und schweren Leidens erwägt, ist aus ethischer Perspektive sein Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung bzw. ist seine Patientenautonomie maßgebend.

⁶⁸ S. o. Kapitel I, Abschnitt 2.: „Neuere kirchliche Voten zum ärztlich assistierten Suizid: Unklarheiten und Widersprüche“.

III. HEUTIGE GESICHTSPUNKTE ZUM SUIZID SCHWERSTKRANKER MENSCHEN. DER STELLENWERT VON SELBSTBESTIMMUNG UND SELBSTACHTUNG

1. Das Selbstbestimmungsrecht in verfassungsrechtlicher und ethischer Perspektive

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist das Selbstbestimmungsgrundrecht in Artikel 2 Absatz 1 verankert. Demzufolge besitzt der einzelne Bürger die Freiheit, über sich selbst zu entscheiden, ohne dass er dies anderen gegenüber begründen und rechtfertigen muss. Vielmehr bedarf es einer stichhaltigen Begründung, falls umgekehrt der Staat oder falls Dritte die Selbstbestimmung eines Menschen ausnahmsweise einmal einengen oder einschränken möchten. Nimmt man einen Verfassungsvergleich vor, wird man feststellen, dass der Parlamentarische Rat dieses Freiheitsrecht im Jahr 1948 so nachdrücklich bekräftigt und so eindeutig in das Bonner Grundgesetz von 1949 hineingeschrieben hat, wie es in keiner anderen Staatsverfassung der Fall ist⁶⁹: Es ist „extrem weit“ gefasst⁷⁰.

Auch ethisch kommt dem Selbstbestimmungsrecht ein besonders hoher Rang zu. Denn es ist unmittelbar aus der Menschenwürde abzuleiten. Immanuel Kant hat die Idee der Menschenwürde einerseits, Autonomie und Selbstbestimmung andererseits miteinander verschränkt und beide Leitideen in einem Begründungszirkel miteinander verbunden. Seiner Argumentation zufolge zeichnen sich Menschen vor anderen Lebewesen dadurch aus, dass sie zum Gebrauch von Vernunft und Freiheit prinzipiell in der Lage sind. Wenn die Würde des Menschen auf seiner Vernunft- und Autonomiefähigkeit basiert, heißt dies zugleich, dass derjenige, der seine Selbstbestimmung konkret in Anspruch nehmen möchte, hierzu befugt ist und daran grundsätzlich nicht gehindert werden darf.

Heutzutage ist der Gedankengang, der das Recht auf Selbstbestimmung auf die persönliche Menschenwürde stützt, auch auf den eigenverantwortlichen Umgang eines Menschen mit seinem Lebensende anzuwenden, im Grenzfall bis hin zum Suizid. In extremen Situationen der Krankheit und Hinfälligkeit können Menschen wohlwogen, das heißt – wie schon Karl Jaspers zum Suizid hervorhob – „ohne Nihilismus“ zu der Überzeugung gelangen, dass ihnen „der Tod wie eine Rettung erscheint“⁷¹. Die Würde des Sterbens stellt einen integralen Bestandteil der Menschenwürde dar. Jeder Einzelne besitzt das Recht, um seiner

⁶⁹ Vgl. Alexander Kukk, Verfassungsgeschichtliche Aspekte zum Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), Stuttgart 2000.

⁷⁰ Ingo von Münch, Staatsrecht, Bd. 2, 5. Aufl. Stuttgart 2002, 186.

⁷¹ Karl Jaspers, Philosophie, Bd. 2, 1932, 308 f, zit. nach Christian Reimer, Zum Verständnis des Suizids: Freiheit oder Krankheit?, in: Wolfslast / Schmidt (Hg.), a.a.O. (Fußn. 58), 27-45, hier 43.

Selbstachtung willen aus seiner eigenen Sicht zu sagen, was er für sich selbst unter menschenwürdigem Sterben versteht. – Mit verfassungsrechtlichem und ethischem Schwerpunkt sind solche Gesichtspunkte vom Verfasser an anderer Stelle entfaltet worden⁷².

2. Theologische Ansatzpunkte

In der hier vorliegenden Schrift geht es weniger um das Verfassungsrecht und den generellen ethischen Zugang, sondern hauptsächlich um eine theologische Erwägung. Für die christliche Theologie bildet es zweifellos eine hohe Hürde und erhebliche Herausforderung, an heutige Standards des Freiheits- und Selbstbestimmungsgrundrechts gedanklich den Anschluss zu finden. Im katholischen und im evangelischen Christentum finden sich noch im 20. und 21. Jahrhundert viele Äußerungen, die dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht fernstehen, ihm in seiner neuzeitlich-modernen, an Immanuel Kant orientierten Fassung sogar explizit widersprechen⁷³ und Selbstbestimmung bzw. Autonomie verzerren oder fehlinterpretieren, indem sie sie mit Selbstgenügsamkeit, reinem Ich-Bezug oder Autarkie verwechseln⁷⁴. Im Gegenzug ist aber hervorzuheben: Das Christentum enthält auch Traditionslinien, die die individuelle Freiheit und Selbstbestimmung *hochschätzen*. Dies sei in drei Richtungen hin erläutert.

Erstens. Schon die mittelalterliche Theologie hatte Wert darauf gelegt, dass der Mensch einen freien Willen besitzt, weil er vernunftbegabt ist⁷⁵. Die Vernunftbegabung wurde ihrerseits als Ausdruck der menschlichen Gottebenbildlichkeit gedeutet. Zwischen Gott und dem Menschen existiere eine Vernunftanalogie, so dass der Mensch Anteil an der Vorsehungsvernunft Gottes habe. Thomas von Aquin leitete hieraus ein sehr „starkes“ Verständnis menschlicher Freiheit ab, das auf die Einsicht hinauslief, Gott habe den Menschen seinem *eigenen* menschlichen Ratschluss anvertraut („et reliquit illum in manu consilii sui“⁷⁶). Bei Thomas von Aquin finden sich sogar Gedankengänge, die das moderne

⁷² Vgl. Kreß, Medizinische Ethik (Fußn. 67), 73 ff, sowie ders., Ethik der Rechtsordnung (Fußn. 46), 163-170 u. passim.

⁷³ Vgl. z.B. Barth, a.a.O. (Fußn. 37), 566, sowie oben Kapitel II, Abschnitt 3.4.: „Protestantische Einschätzungen“, und Abschnitt 6.: „Die situationsethische Legitimierung des Suizid“.

⁷⁴ Vgl. als Problembeispiel den folgenden Satz: „Das Menschenbild der Aufklärung rückt in einseitiger Weise das autonome Individuum in den Mittelpunkt, sodass des Menschen höchste Vollkommenheit letztlich darin besteht, dass er des Mitmenschen und Gottes nicht mehr bedarf und er aus sich selbst lebt“ (Eibach, a.a.O. [Fußn. 12]).

⁷⁵ So Thomas von Aquin; vgl. Karl-Wilhelm Merks, Gott und die Moral. Theologische Ethik heute, Münster 1998, 59.

⁷⁶ So die Vulgata-Übersetzung des jüdischen Weisheitstextes Sirach 15,14, aufgenommen von Thomas von Aquin; vgl. Merks, a.a.O. (Fußn. 75), 60.

Recht auf individuelle Gewissensfreiheit antizipierten⁷⁷. Vor diesem Hintergrund kannte nicht nur die neuzeitliche *Moralphilosophie*, sondern auch die katholische *Moraltheologie* die Formel „in dubio libertas“: Im Zweifel besitzen die Freiheit und Selbstbestimmung den Vorrang⁷⁸. In den 1970er- bis 1990er-Jahren haben innerhalb der katholischen Universitätstheologie die Vertreter der „autonomen Morallehre“, unter ihnen der Bonner Moraltheologe Franz Böckle (1921-1991), ein solches Anliegen erneut ganz in den Vordergrund gerückt. Ihr Plädoyer für persönliche Gewissensfreiheit und Selbstbestimmung, für das sie sich auf die Wertschätzung von Vernunft und Freiheit bei Thomas von Aquin beriefen, bleibt der Sache nach beachtenswert, selbst wenn das römisch-katholische Lehramt die Auffassungen der autonomen Morallehre abgelehnt und verurteilt hat⁷⁹.

Zweitens. Normativ-ethisch ist zu ergänzen, dass in der *hierarchy bonorum*, in der Rangordnung der Güter, das Leben zu den fundamentalen, elementaren oder konditionalen Gütern gehört. Denn es stellt für den einzelnen Menschen die Bedingung dafür dar, persönliche Ziele verwirklichen, mit anderen kommunizieren und Existenzvollzüge realisieren zu können. Da das Leben ein fundamentales Gut ist, gelten ethisch und auch rechtlich die Hilfeleistungspflicht sowie das Gebot der Lebenserhaltung und -rettung. Allerdings bildet das biologische Leben in der Rangordnung der Güter und Werte nicht das „höchste“ Gut. Auf der Grundlage der Phänomenologie der Güter und Werte, die von Max Scheler (1874-1928), Nicolai Hartmann (1882-1950) und anderen Philosophen entworfen wurde, ist zu sagen, dass das elementare Gut des Lebens seine Sinnggebung durch geistige oder ethische Werte erlangt. Zu ihnen gehört die Freiheit. Diese Auffassung hatte sich zum Beispiel die Moraltheologie Franz Böckles zu Eigen gemacht⁸⁰. Weil die Freiheit so betrachtet dem Leben übergeordnet ist, kann es dem einzelnen Menschen nicht verwehrt sein, aus eigener Entscheidung sein Leben unter Umständen zur Disposition zu stellen. Aus der Logik einer derartigen güterethischen Abwägung heraus erklärt es sich, dass trotz des schroffen Nein der römisch-katholischen Amtskirche sogar einzelne katholische Autoren den krankheitsbedingten Suizid oder die direkte Sterbehilfe für ethisch vertretbar erklärt haben⁸¹.

⁷⁷ Vgl. Stephan H. Pfürtner et al., *Ethik in der europäischen Geschichte*, Bd. 1, Stuttgart 1988, 162 f, mit Nachweisen.

⁷⁸ Vgl. Karl-Heinz Peschke, *Christliche Ethik. Grundlegungen der Moraltheologie*, Trier 1997, 216-221.

⁷⁹ Dies erfolgte unter anderem im Jahr 1993 in der Enzyklika „*Veritatis splendor*“.

⁸⁰ Vgl. Franz Böckle, *Fundamental-moral*, 5. Aufl. München 1991, 286 f.

⁸¹ Geistesgeschichtlich von Interesse: der als Heiliger und als Märtyrer der katholischen Kirche gewürdigte englische Staatsmann Thomas Morus (1478-1535). In der gegenwärtigen katholischen Diskussion: Hans Küng, in: Walter Jens / Hans Küng, *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, 2. Aufl. München / Zürich 1995; Jean-Pierre Wils, *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*, Paderborn 1999; Richard M. Gula, *Zur Euthanasie-Diskussion in den USA*, in: Holderegger (Hg.), a.a.O. (Fußn. 25) 138-

Drittens. Im protestantischen Christentum findet sich ein weiterer Strang des Denkens, der die individuelle Freiheit ins Zentrum rückt. Zwar hat der Protestantismus herkömmlich nicht jenes starke Freiheitsverständnis vertreten – wie es auf katholischer Seite bei Thomas von Aquin angelegt war –, welches die individuelle Freiheit und die praktische Vernunft als das wesentliche Merkmal der menschlichen Gottebenbildlichkeit bewertete. Jedoch verdient ein anderer Gedankengang Aufmerksamkeit. Er wurde im Reformationszeitalter des 16. Jahrhunderts in der protestantischen Gotteslehre entwickelt und betrifft in existentieller Hinsicht die „innere“ Freiheit von Menschen. Die reformatorische Theologie entfaltete ein an der Gnade orientiertes Gottesbild, dem zufolge Gott dem Menschen ein „gerechtfertigtes“, „getröstetes“ und „befreites“ Gewissen verleiht. Auf dieser Basis vermag der einzelne Mensch zu einer Lebensanschauung und Lebenseinstellung zu gelangen, in der er äußere Zwänge sowie weltliche Bindungen innerlich überwindet und zu einer von Gott getragenen Gelassenheit bzw. zu einer „Entweltlichung“ (Rudolf Bultmann), zur inneren „Freiheit vom Tode“, zur „Freiheit von der Welt und ihren Mächten“ findet⁸². Klassisch ist dies von Luther selbst dargelegt worden, der sich hierfür auf Paulus stützte (Galaterbrief 5,1: „Zur Freiheit hat euch Christus befreit“). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts haben namhafte Autoren des Kulturprotestantismus und der liberalen Theologie, unter ihnen Ernst Troeltsch (1865-1923), Adolf von Harnack (1851-1930) oder Albert Schweitzer (1875-1965), an diese Motive angeknüpft. Sie hielten die Wertschätzung von Individualität und innerer Freiheit für die Leitidee des Protestantismus, die für die Moderne relevant geworden sei⁸³. Mit kulturphilosophischer Zuspitzung trat dies in Albert Schweitzers Werk „Kultur und Ethik“ (1923) zutage. Ihm lag daran, dass die Menschen angesichts moderner Zivilisation, Bürokratie und Technisierung ihr persönliches Gewissen kultivieren, gegenüber sich selbst und gegenüber anderen „Wahrhaftigkeit“ wahren und zu einer „Steigerung“ ihrer persönlichen Verantwortung gelangen sollen⁸⁴.

In unserer Gegenwart lassen sich solche Gedanken medizinethisch aktualisieren. Das innerlich befreite Gewissen lässt sich als Grundlage dafür verstehen, dass Menschen über ihr eigenes Sterben nachdenken und sich zum Beispiel in einer Patientenverfügung für Therapiebegrenzung, Verzicht auf Reanimation oder Respiration entscheiden. Unter

156, hier 148 f. Vgl. ferner Stephan Goertz, Das Gut des natürlichen Sterbens. Anmerkungen zu einer moraltheologischen Argumentationsfigur, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 52 (2008), 23-33.

⁸² Rudolf Bultmann, Theologie des Neuen Testaments, 6. Aufl. Tübingen 1968, 352.

⁸³ Vgl. Ernst Troeltsch, Die Bedeutung des Protestantismus für die Entstehung der modernen Welt, München/Berlin 1906.

⁸⁴ Vgl. Albert Schweitzer, Kultur und Ethik (1923), Kap. XXI, in: Gesammelte Werke in fünf Bänden, Bd. 2, München o.J., 375-402.

besonderen Umständen und im Ausnahmefall kann dann sogar ein Entschluss zum Suizid eine Konsequenz jener inneren Freiheit und existentiellen Gelassenheit sein, auf die geistesgeschichtlich unter anderem der Protestantismus aufmerksam gemacht hat⁸⁵. Jedenfalls ist festzuhalten, dass innerhalb des Protestantismus Alternativen zu der reinen Situationsethik und zu den autoritativ-gehorsamsethischen Denkmodellen vorhanden sind, die voranstehend⁸⁶ erwähnt worden sind und zu problematisieren waren.

3. Selbstachtung als Teil der Menschenwürde

Die christliche Tradition beinhaltet überdies einen anderen Gedanken, der für ethische Reflexionen zum Suizid heutzutage zu berücksichtigen ist. Sofern ein Suizid in Anbetracht von Krankheit und Leiden erwogen wird, spielt als Motiv nicht nur die Sorge vor unerträglicher Schmerzbelastung eine Rolle, der in sehr vielen Fällen durch palliativmedizinische und schmerztherapeutische Begleitung begegnet werden kann⁸⁷. Menschen befürchten vielmehr, die persönliche Selbstbestimmungsfähigkeit und ihre persönliche Würde zu verlieren. Dies lässt sich zum Beispiel aus den umfangreichen Dokumentationen ablesen, die im US-Bundesstaat Oregon auf der Basis der dort statthaften, durch Gesetz geregelten ärztlichen Suizidbeihilfe erhoben worden sind⁸⁸. So gesehen besteht das Motiv des Suizidwunsches Schwerstkranker häufig darin, ihre Selbstachtung wahren zu wollen. In der Ethik, der Philosophie und den Rechtswissenschaften wird das Thema der Selbstachtung durchgängig zu wenig erörtert⁸⁹. In der heutigen christlichen Theologie spielt der Selbstachtungsgedanke ebenfalls kaum eine Rolle. Eigentlich legt es sich jedoch nicht nur philosophisch, sondern auch theologisch nahe, ihn zur Geltung bringen. Das herkömmliche begriffliche Äquivalent ist die Selbstliebe, von deren Notwendigkeit und Legitimität im Doppelgebot der Liebe die Rede ist (im Alten Testament: 3. Mose 19,18; im Neuen

⁸⁵ Umfassend zu religiösen, existenztheologischen und -philosophischen Aspekten des Begriffs „Gelassenheit“: U. Dierse, Gelassenheit, in: Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 3, hg. v. Joachim Ritter, Basel 1974, 219-223.

⁸⁶ S. o. Kapitel II, Abschnitt 3.4.: „Protestantische Einschätzungen“, und Abschnitt 6.: „Die situationsethische Legitimierung des Suizid“.

⁸⁷ Vgl. Michael Zenz / Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes DGSS (Hg.), Ethik-Charta, Köln 2007, online unter www.dgss.org (gesehen 12.3.2012); Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin et al. (Hg.), Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, 2. Aufl. Berlin 2010.

⁸⁸ Zusammenfassend: Wolfgang van den Daele, Die medizinische Profession unter dem Druck gesellschaftlicher Erwartungen. Zur Zukunft der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung, in: Borasio et al. (Hg.), a.a.O. (Fußn. 4), 73-84, hier 80 f.

⁸⁹ Vgl. Kreß, Ethik der Rechtsordnung (Fußn. 46), 128 f, 153 ff.

Testament: Matthäus 22,37-40). Die Selbstliebe (*dilectio sui*) wurde als Maßstab und als Voraussetzung für die Nächstenliebe angesehen und galt als die rechte Mitte zwischen Hochmut (*superbia*) und Selbstverleugnung (*abnegatio; despectio sui*). Sie bedeute, die eigene Würde anzuerkennen, die von Gott gegeben ist⁹⁰. Weil die Selbstachtung von Menschen ernst zu nehmen ist und weil einzelne Patienten die entwürdigenden Umstände ihres verbleibenden Daseins als Bedrohung ihrer Selbstachtung bewerten, greift es zu kurz, ihrem Entschluss zum Suizid theologisch nur ein Nein entgegenzuhalten und bei der tradierten Deutung stehenzubleiben, Suizid sei Sünde oder Ausdruck des Atheismus und stelle eine Auflehnung gegen Gott oder gegen Gottes Eigentumsrechte dar.

4. Ärztliche Beihilfe zum Suizid

4.1. Der Zugang des Standesrechts und seine Probleme

Vor dem Hintergrund des Grundrechts auf Selbstbestimmung und mit Blick auf die Selbstachtung Betroffener ist nicht nur der Suizid, sondern auch die Suizidbeihilfe zu reflektieren. Hierzu kann an Gesichtspunkte der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften angeknüpft werden. Ohne die tiefe ethische Ambivalenz zu verkennen, die die ärztliche Begleitung eines Suizids aufwirft, hält sie es für nachvollziehbar, dass ein Arzt aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung in einzelnen Fällen eine Suizidbeihilfe durchführt. Dabei soll er Sorge tragen, den suizidwilligen Patienten menschlich zu begleiten, ihn zu beraten und ihn zum Weiterleben zu bewegen. Sofern der Patient aber tatsächlich eine dauerhafte autonome Entscheidung getroffen hat, sich angesichts seines Krankheitsschicksals das Leben zu nehmen, darf ein Arzt ihm Hilfe leisten. Bei ihrer Abwägung berücksichtigt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften sowohl den Schutz des menschlichen Lebens als auch das Selbstbestimmungsrecht der Patienten⁹¹.

⁹⁰ Vgl. Dieter Funke, Selbstliebe, in: Walter Kasper et al. (Hg.), *Lexikon für Theologie und Kirche*, Bd. 9, 3. Aufl. Freiburg/Br. 2000, 424 f; Astrid von der Lühse, Selbstachtung, ebd. 419.

⁹¹ Vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*, 2004, bes. Punkt 4.1., online unter www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html (gesehen 10.2.2012); Georg Bosshard, Samia Hurst, Suizidbeihilfe: Der Bund ist gefordert, in: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, *Bulletin 1/2010*, 1 ff, online unter www.samw.ch/de/Publikationen/Bulletins/Aktuell.html (gesehen 10.2.2012); Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW*, 2012, online unter www.samw.ch/de/Aktuell/News.html (gesehen 20.3.2012). – Zur Positionierung der SAMW vgl. auch Zenz / Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes DGSS (Hg.), a.a.O. (Fußn. 87), 14.

Demgegenüber wird in der Bundesrepublik Deutschland der ärztlich begleitete Suizid standesrechtlich traditionell abgelehnt. Dies gilt zumindest theoretisch. Faktisch ist in den zurückliegenden vierzig Jahren in keinem einzigen Fall eine Sanktion ausgeübt worden⁹². Umfragen unter Ärzten – im Jahr 2009 auch durch die Bundesärztekammer selbst – haben ergeben, dass die Ärzteschaft in ihrer Meinung gespalten ist. Weit mehr als ein Drittel der befragten Ärzte halten eine Suizidbeihilfe im Einzelfall für erwägenswert⁹³. Als die Bundesärztekammer ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung überarbeitete, zog sie daher die Konsequenz, ihre frühere Aussage, die Mitwirkung eines Arztes an der Selbsttötung eines Patienten stehe zum ärztlichen Ethos im Widerspruch, zu revidieren und sie zu liberalisieren. Die neue Formulierung vom 21. Januar 2011 blieb deskriptiv und lautete lediglich: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“. Hiermit hielt die Ärztekammer es Medizinern offen, eine solche Handlung aufgrund eigener Entscheidung durchzuführen⁹⁴. Kurz danach forderte der Deutsche Ärztetag auf seiner Jahresversammlung vom 31. Mai bis 3. Juni 2011 die Bundesärztekammer jedoch dazu auf, die frühere Formel – die Suizidbeihilfe „widerspricht dem ärztlichen Ethos“ – in die Grundsätze zur Sterbebegleitung wieder hineinzuschreiben⁹⁵. Zusätzlich beschloss der Ärztetag für die Musterberufsordnung der Ärzte in § 16 einen strikten Verbotssatz: „Ärztinnen und Ärzte ... dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“.

Der beschlossene Satz ist ethisch und rechtlich ganz fragwürdig. Der Deutsche Ärztetag hat sich hiermit in einen Gegensatz zum staatlichen Recht begeben. Dieses lässt die Suizidbeihilfe zu. Rechtsethisch ist es außerordentlich problematisch, wenn die Ärzteschaft die Einheit der Rechtsordnung relativiert und für sich selbst geradezu ein Sonder- und Nebenrecht schafft⁹⁶. Der Beschluss des Ärztetages hat das staatliche Recht, das für alle Bürger gilt, nicht präzisiert und arztbezogen konkretisiert, sondern es abgeändert, nämlich eingengt. Faktisch wird auf diese Weise sogar ein Grundrecht von Patienten, nämlich ihr Selbstbestimmungsrecht, beiseitegeschoben und konterkariert. Darüber hinaus hat sich der Ärztetag darüber hinweggesetzt, dass unter den Ärzten selbst zu dieser Frage ein Pluralismus

⁹² Vgl. Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), A 216.

⁹³ Vgl. van den Daele, a.a.O. (Fußn. 88), 79, mit Nachweisen.

⁹⁴ Zum Vergleich: Auch andere Tätigkeiten, die Ärzte faktisch durchführen – etwa in der kosmetischen Chirurgie oder beim Schwangerschaftsabbruch gemäß der Fristenregelung –, sind oft nicht unter die „ärztliche Aufgabe“ im eigentlichen Sinn zu subsumieren.

⁹⁵ 114. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll, 178, online: www.bundesaerztekammer.de/downloads/114Beschlussprotokoll20110704.pdf (gesehen 10.2.2012).

⁹⁶ Grundsätzlich zu dieser Problematik: Kreß, Ethik der Rechtsordnung (Fußn. 46), 88 u. passim.

unterschiedlicher Überzeugungen und Wertvorstellungen anzutreffen ist⁹⁷. Er hat eine Beschlusslage herbeigeführt, die es dem einzelnen Arzt verwehrt, aufgrund seiner persönlich verantworteten Gewissensentscheidung einem Patienten im Einzelfall beim Suizid Beihilfe zu leisten.

Dies steht im Gegensatz zur höchstrichterlich verkündeten Rechtsauffassung, der gemäß der „Beruf des Arztes ... in einem hervorragenden Maß ein Beruf [ist], in dem die Gewissensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen im Zentrum der Arbeit steht“. Die „Freiheit der Gewissensentscheidung“ sei „ein Kernstück der ärztlichen Ethik“. Aus ihr resultiere daher auch „eine immanente und wesenseigene Beschränkung jeder berufsständischen Rechtsetzungsgewalt“⁹⁸. Der Deutsche Ärztetag hat es hingegen außer Acht gelassen, dass das individuelle Grundrecht des Arztes auf Gewissensfreiheit vor korporativen oder kollektiven Wertvorstellungen des Ärztstandes den Vorrang besitzt. Um Missverständnissen vorzubeugen, ist zu ergänzen, dass mit „Gewissensfreiheit“ keine Willkürfreiheit gemeint ist⁹⁹. Die persönliche Gewissensfreiheit des Arztes deckt verantwortlich abgewogene Entscheidungen ab,

- zu denen er in der Achtung vor dem Patientenwillen gelangt,
- die wohl begründet sind
- und die sich gegenüber Dritten der Sache nach erläutern und rational plausibilisieren lassen.

Soziologisch lässt sich der Beschluss des Deutschen Ärztetages so deuten, dass die verfasste Ärzteschaft als Korporation gegenüber schwierigen Problemkonstellationen adhoc einem Abwehrreflex folgte¹⁰⁰. Jedoch wird sie aufzuarbeiten haben, dass soziokulturell sowie normativ-ethisch auch in der Bundesrepublik Deutschland ein „Trend ... zu einer differenzierten fallweisen Anerkennung der Legitimität von ärztlicher Suizidbeihilfe“ eingesetzt hat, „die moralischen Pluralismus in dieser Frage zugesteht und den

⁹⁷ So auch Jochen Vollmann / Jan Schildmann, Eine fragwürdige Entscheidung, in: Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), A 1580. – Zur Wertpluralität unter Ärzten zu Fragen des Lebensendes außerhalb von Deutschland: Clive Seale, The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care, in: Journal of Medical Ethics 36 (2010), 677-682.

⁹⁸ Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 18.7.1967, Az. 1 C 9/66, in: Verwaltungsrechtsprechung in Deutschland 19 (1968), 280-283, hier 281, 282.

⁹⁹ Vgl. Hartmut Kreß, Gewissen, in: Werner Heun et al. (Hg.), Evangelisches Staatslexikon, Stuttgart 2006, 822-828, hier 825 f.

¹⁰⁰ Vgl. van den Daele, a.a.O. (Fußn. 88), 80.

Selbstbestimmungsansprüchen der Patienten entgegenkommt“¹⁰¹. Daher wird sie nicht umhin kommen, sich entsprechend zu öffnen.

4.2. Zur Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland

Wünschenswert wäre überdies, dass sich auch der staatliche Gesetzgeber nochmals mit der Beihilfe zum Suizid beschäftigt. Denn in der Bundesrepublik Deutschland enthält das staatliche Recht bis heute den latenten Widerspruch zwischen der Straflosigkeit von Suizid und Suizidbeihilfe einerseits, der Garantenstellung Dritter und der Verpflichtung zur Hilfeleistung nach Beginn eines Suizidversuchs andererseits. Um Rechtsklarheit herzustellen und um dem Patientenrecht auf Selbstbestimmung gerecht zu werden, hat der frühere Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer vorgeschlagen, § 323c Strafgesetzbuch („Unterlassene Hilfeleistung“) wie folgt zu ergänzen: „Hilfe ist nicht erforderlich, wenn ein Suizid nach ernsthafter Überlegung zur Beendigung schweren Leidens begangen wird“¹⁰². Aus medizin- und rechtsethischen Gründen sollte der Gesetzgeber verdeutlichen, dass eine ärztliche Suizidbegleitung unter eingrenzenden, Missbrauch verhindernden Bedingungen zulässig ist¹⁰³.

Bemerkenswert ist, dass jetzt zumindest ein Einstellungsbeschluss der Staatsanwaltschaft München vorliegt, der in diese Richtung weist. In dem Beschluss heißt es – und zwar mit Blick auf das Verhalten von Angehörigen –: „Entscheidend ist ... der sicher feststellbare oder mutmaßliche Wille des Suizidenten. Einem Angehörigen kann kein strafrechtlicher Vorwurf

¹⁰¹ Van den Daele, a.a.O. (Fußn. 88), 80. – Zurzeit (März 2012) zeichnet sich ab, dass die verschiedenen Landesärztekammern das Nein der Ärztetags-Musterberufsordnung nicht durchgängig übernehmen werden. Es bahnt sich also an, dass sich in der Bundesrepublik zu dieser Frage die Einheit des ärztlichen Standesrechtes auflöst (vgl. hierzu jetzt auch Peter Holtappels, Der ärztlich assistierte Suizid und die deutschen Ärztekammern, in: Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin 2012, 5 [1] 19-23). Ein Beispiel: Die Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe nahm in ihre Neufassung vom 26. November 2011 einen Satz auf, der die ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht so strikt ausschließt, wie der Deutsche Ärztetag es vorgesehen hatte. Die Formulierung heißt: „Ärztinnen und Ärzte ... sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ (Änderung der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 26. November 2011, § 16, in: Westfälisches Ärzteblatt 2012, H. 3, 62-65, hier 63). Dieser Satz bleibt unbestimmt und stellt keine rigorose Verbotsnorm dar; vielmehr belässt er dem einzelnen Arzt die Möglichkeit der persönlichen eigenverantwortlichen Entscheidung. Das Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen hat diese Neufassung der Berufsordnung von Westfalen-Lippe am 26. Januar 2012 genehmigt.

¹⁰² Klaus Kutzer, Die derzeitige Rechtsprechung auf dem Prüfstand: Kann die Unterscheidung von „Normalpatient“ und Suizidpatient Bestand haben?, in: Wolfslast / Schmidt (Hg.) (Fußn. 58), 181-195, hier 192. – Rechtsvergleichend ist zu sagen, dass andere Staaten, etwa die Schweiz, eine Garantenpflicht Dritter, die dem selbstverantworteten, wohl erwogenen Suizid eines Menschen entgegenstünde, nicht kennen (vgl. Mathwig, a.a.O. [Fußn. 42], 153).

¹⁰³ Vgl. Kreß, Medizinische Ethik (Fußn. 67), 278 ff; Kutzer, a.a.O. (Fußn. 102), 193 ff.

gemacht werden, wenn er den ernsthaften Todeswunsch seines Angehörigen respektiert und nicht sofort bei Verlust der Handlungsfähigkeit und des Bewusstseins ärztliche Hilfe ruft, oder sonstige Rettungsmaßnahmen einleitet“¹⁰⁴. Was hier bezogen auf Angehörige gesagt wird, gilt der Sache nach ebenfalls für den Arzt.

4.3. Arztethische Aspekte

Wenn ein Arzt um Beihilfe zum Suizid gebeten wird, steht er vor der Aufgabe zu prüfen, ob sich die Erfüllung der Bitte mit seinem Gewissen und seiner ärztlichen Verantwortung vereinbaren lässt. Dabei ist vorauszusetzen, dass der Patient tatsächlich selbstbestimmungsfähig ist und dass er ungeachtet seiner konkreten Krankheitsbelastung zu einem stabilen, eigenverantworteten rationalen Entschluss gelangen kann¹⁰⁵. Medizinethisch ist es unerlässlich, Kriterien und Verfahrensregeln zu durchdenken, die Ärzte für den Fall der Beihilfe zum Suizid zu beachten haben und die für sie hilfreich sein könnten. Neben der Volljährigkeit und der Urteilsfähigkeit des Patienten, die gegebenenfalls durch ein psychologisches bzw. psychiatrisches Gutachten zu klären ist, gehören hierzu die Vergewisserung, dass keine unlautere Einflussnahme Dritter besteht, sodann der hoffnungslose Verlauf der Krankheit und ihre Unbehandelbarkeit, die Einbeziehung eines zweiten unabhängigen Arztes, eine hinreichende längere Bedenkfrist vor dem Aushändigen eines Medikaments, die Information des Patienten über Möglichkeiten der palliativmedizinischen Betreuung und über Handlungsalternativen, etwa die palliative Sedierung. Diese Punkte knüpfen an die gesetzlichen Vorgaben an, die seit 1997 im US-Bundesstaat Oregon und jetzt auch in den US-Staaten Montana und Washington für den ärztlich begleiteten Suizid gelten¹⁰⁶. Ein Arzt, der die Beihilfe zum Suizid erwägt, sollte den Patienten auf die Möglichkeiten psychologischer Beratung und auch der religiösen, spirituellen oder weltanschaulichen Begleitung hinweisen¹⁰⁷, die dieser im Einklang mit seiner Lebensgeschichte und seinen persönlichen Wertüberzeugungen in Anspruch nehmen

¹⁰⁴ Staatsanwaltschaft München I, 30.7.2010, Az. 125 JS 11736/09, Punkt II.3. – Vgl. ferner die ethischen und rechtlichen Hinweise, die einen sogenannten passiven Suizid betreffen: Boudewijn Chabot / Christian Walther, *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*, München 2010, 102-138.

¹⁰⁵ Vgl. Hans Wedler, *Ethische Aspekte der Suizidprävention*, in: Manfred Wolfersdorf et al. (Hg.), *Suizidalität*, Regensburg 2008, 311-337, hier 319 f.

¹⁰⁶ Vgl. Stella Reiter-Theil, *Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid. Die Situation in der Schweiz im Licht internationaler Perspektiven*, 2. Aufl. Bochum (Zentrum für Medizinische Ethik, Medizinethische Materialien H. 150) 2006, 5 f, 8f, 25; Kreß, *Medizinische Ethik* (Fußn. 67), 279 f.

¹⁰⁷ Speziell zur nachreligiös-weltanschaulichen Begleitung: Groschopp (Hg.), a.a.O. (Fußn. 2).

kann¹⁰⁸. Quer durch die Religionen und Konfessionen dominierte zwar das Nein zum Suizid. Voranstehend¹⁰⁹ ist jedoch dargelegt worden, dass die Sichtweisen der Religionen eine erhebliche Schwankungsbreite aufweisen und voneinander abweichende Ansatzpunkte enthalten. Zumindest auf der Basis christlicher Theologie¹¹⁰ sind – wie auch im Anschluss an philosophische Überlieferungen – Gesichtspunkte namhaft zu machen, die darauf hinauslaufen, bei der Grenzfrage des Suizids und der Suizidbegleitung der Selbstachtung sowie dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht eines Patienten das menschenrechtlich angemessene, hohe Gewicht zukommen zu lassen.

Für Ärzte stellt es eine erhebliche Belastung dar, sich in bestimmten Fällen mit der Bitte von Patienten um Suizidbegleitung und -beihilfe auseinandersetzen zu müssen. Deshalb sollte Sorge getragen werden, dass Ärzte sich angesichts entsprechender Konflikt- und Entscheidungsdilemmata ihrerseits fachlich, ethisch und rechtlich beraten lassen können. Schwerwiegende Gründe sprechen jedenfalls dafür, dass sich die Ärzteschaft als ganze und einzelne Ärzte dem Thema nicht verschließen. Dies wäre zugleich ein Baustein dazu, Grauzonen der verdeckt geleisteten Suizidbeihilfe zu verringern sowie die Tätigkeit von kommerziell interessierten Personen oder Organisationen einzudämmen.

¹⁰⁸ Hierzu ist bedenkenswert: „Eine Bitte um ärztliche Unterstützung beim Sterben ist nicht deshalb echt, weil sie über einen bestimmten Zeitraum hinweg zweimal ausgesprochen worden ist, sondern weil sie mit der Lebensgeschichte der oder des Nachfragenden übereinstimmt“ (Michael M. Mendiola, Menschliches Leiden und das ärztlich assistierte Sterben, in: Holderegger [Hg.], a.a.O. [Fußn. 25], 208-229, hier 226).

¹⁰⁹ S. o. Kapitel II: „Der Suizid in den Religionen und in der Theologie“.

¹¹⁰ Vgl. zuletzt besonders in Kapitel III die Abschnitte 2 und 3.

Zentrum für Medizinische Ethik

Medizinethische Materialien

Eine vollständige Hefteliste senden wir Ihnen auf Anfrage zu.

- Heft 175: Hans-Martin Sass: Fritz Jahrs bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland von 1927 bis 2007. Juli 2007.
- Heft 176: Lohmann, Ulrich: Informed Consent und Ersatzmöglichkeiten bei Einwilligungsunfähigkeit in Deutschland – Ein Überblick. August 2007.
- Heft 177: Neitzke, Gerald: Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie. August 2007.
- Heft 178: Huster, Stefan: „Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas“- Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und *Public Health*. April 2008.
- Heft 179: Clemens Ruhnau: Ethische Orientierung für ärztliches Rationieren beim einzelnen Patienten - Der aktuelle Stand einer noch ganz jungen Debatte. August 2008
- Heft 180: Stefan Siegel, Ralf Dittrich, Jochen Vollmann: Ethik der Reproduktionsmedizin aus der Sicht betroffener Familien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. August 2008.
- Heft 181: Sass, Hans-Martin: Ethische Risiken und Prioritäten bei Pandemien. Oktober 2009.
- Heft 182: Günther, Stefanie: Exemplarische Aspekte der Ressourcenallokation in der Onkologie. November 2009.
- Heft 183/184: Rauprich, Oliver; Nolte, Matthias; Vollmann, Jochen: Systematische Literaturrecherche in der Medizinethik. Werkstattbericht über Recherchen in den Datenbanken PubMed und BELIT zu einem theoretischen und einem praktischen Thema der Medizinethik. Februar 2010.
- Heft 185: Kielstein, Rita; Sass, Hans-Martin; May, Arnd T.: Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen. 7. überarbeitete Auflage, September 2010.
- Heft 186: Jahr, Fritz: Selected Essays in Bioethics 1927-1934 Fritz Jahr. Postscript and References by Hans-Martin Sass. November 2010.
- Heft 187: Jahr, Fritz: Aufsätze zur Bioethik 1927-1938 Fritz Jahr. Nachwort und Nachweise von Hans-Martin Sass. Dezember 2010.
- Heft 188: Sass, Hans-Martin: Essays in Bioethics and Ethics 1927 - 1947 Fritz Jahr. Mai 2011.
- Heft 189: Vollmann, Jochen (Hg.) ; Kohnen, Tanja; Stotz , Tatjana (Mitarbeit): Freie Selbstbestimmung am Lebensende? 25 Jahre Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 1986 - 2011. Juli 2011.
- Heft 190: Frey, Cristofer: Das Konzept der Menschenwürde in der medizinischen Ethik. März 2012.
- Heft 191: Monz, Brigitta: Anonyme Lebendorganspenden von Nieren: Ethik und Ökonomisierung. März 2012

Bestellschein

An das
Zentrum für Medizinische Ethik
Ruhr-Universität Bochum
Gebäude NABF 04/297

44780 Bochum

Tel: (0234) 32 27084
FAX: (0234) 32 14452
Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de
Homepage: <http://www.medizinethik-bochum.de>

Bankverbindung: Konto Nr. 133 189 035, BLZ 430 500 01 Sparkasse Bochum

Name oder Institut:

Adresse:

() Hiermit abonniere(n) wir/ich die Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Sonderpreis von €4,00 pro Stück ab Heft Nr. _____. Dieser Preis schließt die Portokosten mit ein.

() Hiermit bestelle(n) wir/ich die folgenden Einzelhefte der Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Preis von €6,00 (bei Abnahme von 10 und mehr Exemplaren €4,00 pro Stück).

Hefte Nummer: _____

Zusammenfassung

Es gehört zu den strittigen Themen der Ethik und der Rechtsordnung, ob ein Arzt einem schwerkranken Patienten Beihilfe zum Suizid leisten darf. Das vorliegende Heft nimmt einen Religionsvergleich vor (Buddhismus, Judentum, Islam und Christentum). Kirchen und Religionen lehnen den Suizid und die ärztliche Beihilfe in der Regel ab. An aktuellen Äußerungen evangelischer Kirchen zeigt sich jedoch, dass die Meinungsbildung in Bewegung gerät. Aus religiösen Gründen wurde der Selbstmord immer wieder verurteilt (z.B. als Auflehnung gegen Gott). Andererseits sind Selbsttötungen im Christentum entschuldigt und in bestimmten Fällen (Opfersuizid) für erlaubt gehalten worden.

Zur aktuellen Diskussion ist hervorzuheben: Wenn Menschen angesichts von Leiden und Krankheit einen Suizid erwägen, nehmen sie ihr Recht auf Selbstbestimmung in Anspruch. Sie möchten ihre Selbstachtung wahren. Diesen Gesichtspunkten kommt verfassungsrechtlich und ethisch, aber auch theologisch hohes Gewicht zu. Medizinethisch ist es unerlässlich, Kriterien zu entwickeln, an denen Ärzte sich orientieren können, sofern sie im Ausnahme- und Grenzfall eine Beihilfe zum Suizid in Betracht ziehen.

Summary

It is a disputed subject in both ethics and law, whether a physician may assist a seriously ill patient in committing suicide. This paper presents a comparative view (Buddhism, Judaism, Islam and Christianity) on attitudes towards suicide. Churches and religions usually reject suicide, including physician assisted suicide. However, current statements by some Protestant Churches show that the opinion-making process concerning this subject has been set in motion again. Suicide has been repeatedly condemned on religious grounds (e.g. as rebellion against God). However, Christianity has also been known to excuse suicides and in certain cases it has even considered them permissible (i.e. sacrificial suicide).

Regarding the current debate the following should be emphasised: When humans consider suicide in the face of suffering and illness they are exercising their right to self-determination. They want to retain their self-respect. These aspects ought to be accorded great importance on a constitutional and ethical but also on a theological level. As regards medical ethics, it is essential to develop criteria by which physicians can orientate themselves if, in exceptional or borderline cases, they consider their participation in assisted suicide.