

Hartmut Kreß**Ärztliche Beihilfe zum Suizid? Ethische Aspekte¹**

Darf sich ein Mensch das Leben nehmen, wenn er sich in einer ausweglosen Situation von Krankheit und Leiden befindet? Und darf ein Arzt ihm hierbei Beihilfe leisten? Über diese Grenzfrage der menschlichen Existenz und des ärztlichen Handelns wird zurzeit verstärkt nachgedacht. Insgesamt ist die Suizidrate in der Bundesrepublik Deutschland keineswegs niedrig. Pro Jahr sterben beträchtlich mehr Menschen aufgrund einer Selbsttötung (im Jahr 2010 mehr als 10.000 Personen) als durch einen Verkehrsunfall (im selben Jahr ca. 3.700 Menschen). Ethisch ist es geboten, die Suizidrate zu senken, Menschen möglichst vom Sinn des Weiterlebens zu überzeugen und gesellschaftlich nach Wegen der Suizidprävention zu suchen. Nachfolgend befasse ich mich allerdings nur mit einem schmalen Ausschnitt aus dieser Fragestellung. Es geht um den Freitod, die Selbsttötung von Menschen, die einem hoffnungslosen Krankheitsverlauf und trostlosen Sterbeschicksal entgegensehen. Wenn ich das Thema in dieser Zuspitzung erörtere, ist vorausgesetzt, dass es sich um Patienten handelt, die ungeachtet von Alter oder schwerer Krankheit urteilsfähig und zu eigenständigen, selbstbestimmten Entscheidungen in der Lage sind („Freiverantwortlichkeit“).

Die Rechtslage, die in der Bundesrepublik Deutschland zu einem freiverantworteten Suizid herrscht, ist nicht ganz eindeutig. Zwar steht fest, dass die Selbsttötung sowie die Beihilfe zu ihr straffrei und rechtlich erlaubt sind. Daran würde sich auch nichts ändern, wenn eine gewerbsmäßig durchgeführte Suizidbeihilfe verboten würde, wie die Bundesregierung es zurzeit plant. Jedoch existieren Randunschärfen. Ein konkreter Punkt: Nachdem ein Arzt (oder eine andere Person) zu einem freiverantworteten Suizid in rechtlich statthafter Weise Beihilfe geleistet hat, kann es für ihn zum Problem werden, dass er – wiederum aus Rechtsgründen – eigentlich lebensrettend eingreifen müsste, nachdem der Patient den Suizid in Gang gebracht hat. Diese Paradoxie basiert auf der sogenannten Garantenstellung und auf der Strafbestimmung zur unterlassenen Hilfeleistung in § 323c Strafgesetzbuch. Daher ist vorge-

¹ Referat am Dies academicus der Universität Bonn am 23. Mai 2012.

Belegangaben für in diesem Referat erwähnte Sachverhalte finden sich z.B. in: H. Kreß, Ärztlich assistierter Suizid. Das Grundrecht von Patienten auf Selbstbestimmung und die Sicht von Religionen und Kirchen - ein unaufhebbarer Gegensatz?, Zentrum für Medizinische Ethik (www.medizinethik-bochum.de), Medizinethische Materialien Heft 192, April 2012.

schlagen worden, § 323c StGB zu ergänzen und klarzustellen, dass eine Hilfeleistung in Form der Lebensrettung nicht erforderlich ist, sofern die Selbsttötung „nach ernsthafter Überlegung zur Beendigung schweren Leidens“ vollzogen wurde. Der Sinn dieser Klarstellung – sofern ein Mensch einen Suizid bewusst und gezielt geplant hat, brauchen Dritte keine lebensrettenden Maßnahmen einzuleiten – liegt auf der Hand. In dieser Logik hat die Staatsanwaltschaft München 2010 in einem konkreten Fall – der Suizid einer schwerkranken älteren Frau, den andere haben geschehen lassen – die Ermittlungen eingestellt. Allerdings hat die staatliche Rechtspolitik es bislang versäumt, die notwendige Klarstellung im Gesetz selbst zu verankern.

Auf jeden Fall fällt auf, dass Patienten, die sich angesichts einer ausweglosen Krankheit das Leben nehmen wollen, nach wie vor oft in das Nachbarland Schweiz ausweichen. In den letzten Jahren gab es prominente Beispiele, etwa den Industriellen Eberhard von Brauchitsch und seine Frau. Manchmal werden Patienten auf dem Weg in die Schweiz von ihrem Arzt begleitet. Nun wird in der Schweiz selbst über Suizidbeihilfe, über die Einreise von Patienten mit Suizidabsicht sowie über die Modalitäten der Suizidbegleitung intensiv diskutiert. Im Grundsatz werden der assistierte Suizid und die ärztliche Beihilfe im südlichen Nachbarland akzeptiert. Dies wurde bei einer Volksabstimmung im Kanton Zürich am 17. Mai 2011 erneut deutlich.

In Deutschland scheint indessen ein anderer Trend zu überwiegen, weniger in der Bevölkerung als vielmehr in der „offiziellen“ Meinungsbildung. Besonders markant tritt dies anhand der Voten der Bundesärztekammer zutage. Der Deutsche Ärztetag ging am 3. Juni 2011 so weit, *jede* Beihilfe eines Arztes zum Suizid berufsrechtlich *kompromisslos* zu untersagen. Das strikte Verbot ist in die Musterberufsordnung der Ärzte hineingeschrieben worden. Hierauf komme ich noch zurück; denn dieses schroffe Nein lässt sich nicht halten. Stattdessen sind Differenzierungen geboten und ist der Blick auf die Einzelfälle zu richten. Angesichts der Diskussionslage in der Bundesrepublik beschäftige ich mich mit dem Thema Suizid / Suizidbeihilfe im Folgenden zunächst auf der ethischen Grundsatzebene, um dann auf konkrete Regelungsoptionen zurückzukommen. Was Grundsätzliches anbelangt, so ist als erstes an ein Nein zu erinnern, das in der Kulturgeschichte eine große Rolle spielte und das bis heute nachwirkt.

1. Menschliches Leben – fremdes Eigentum?

Eine Selbsttötung galt in der Vergangenheit als Frevel und wurde als Selbst-„Mord“ verurteilt. Von der Antike an wurde der Einwand erhoben, der Mensch dürfe sich das Leben nicht nehmen, weil sein Leben gar nicht sein Eigentum sei. Das menschliche Leben gehöre Dritten; es sei Eigentum der Gemeinschaft, der polis bzw. des Staates. Aristoteles meinte, ein Selbstmörder entziehe sich durch seine Tat der Gemeinschaft, die ein Anrecht auf ihn habe. Hieraus zog Aristoteles die Konsequenz, einem Selbstmörder sei das ehrenhafte Begräbnis zu versagen.

Diese antike Auffassung strahlte bis in das 20. Jahrhundert aus und wirkt zum Teil noch bis in die Gegenwart. Der Sache nach kann sie nicht überzeugen. Denn ihr liegt ein Verständnis von Eigentum zugrunde, das in der Neuzeit überwunden worden ist. Bis in das Mittelalter hinein wurde Eigentum hoheitlich oder herrschaftlich ausgelegt; Eigentum kam dem „Herrn“ zu, etwa dem Hausherrn, dem Grundbesitzer oder dem Herrscher. In der Neuzeit fand ein Paradigmenwechsel statt. Für uns ist heute ein Eigentumsbegriff maßgebend, der an der einzelnen Person, am jeweiligen Subjekt selbst ausgerichtet ist. Die einzelnen Menschen selbst haben Eigentum an geistigen Gütern und an äußerem Besitz; und darüber hinaus sind ihr Leib und ihr Leben ihr persönliches Eigentum. Deshalb darf kein Dritter und darf auch nicht der Staat über Leib und Leben der Menschen verfügen. Diese Einsicht hat in der Neuzeit einen Fortschritt an Humanität bewirkt: Auf ihrer Basis wurde die Leibeigenschaft abgeschafft und die Sklaverei geächtet; Körperstrafen, Folter und Todesstrafe wurden nach und nach abgeschafft (z.B. durch Friedrich den Großen). Und: Weil Leib und Leben nicht der Verfügung des Staates unterliegen und nicht das Eigentum der Gemeinschaft, sondern der Einzelperson selbst sind, ist dann auch die Strafbarkeit der Selbsttötung aufgehoben worden. Es fand ein Ende, dass ein Mensch, dessen Suizidversuch misslungen war, danach drakonisch bestraft oder dass nach gelungenem Suizid der Leichnam des Betroffenen zur Strafe geschändet wurde. Im deutschen Strafgesetzbuch ist die Selbsttötung seit 1871 nicht mehr unter Strafe gestellt. Daher ist es ebenfalls straffrei, wenn ein Dritter, z.B. ein Arzt, zur Selbsttötung Beihilfe leistet.

Das heißt: Ethisch, philosophisch und rechtlich ist die alte Vorstellung, das menschliche Leben sei fremdes Eigentum – es gehöre der Gemeinschaft oder dem Staat – seit Langem überwunden. In gewisser Weise ist die frühere hoheitliche Eigentumsidee heute nur noch in

den Religionen erhalten. Das Leben sei Gottes Eigentum, über das ein Mensch nicht verfügen dürfe. Die römisch-katholische Kirche spricht deshalb nach wie vor gezielt von „Selbstmord“, um das Vergehen gegen Gott als Eigentümer des Lebens und die Verwerflichkeit der Selbsttötung zu unterstreichen.

Eigentlich ist aber auch in religiöser Logik eine differenziertere Betrachtung möglich, ja geboten. Religiös liegt es nahe, das menschliche Leben als ein Geschenk Gottes zu deuten. Ein Geschenk ist aber doch als gute Gabe zu verstehen und nicht als Zwang. Es geht überdies in das Eigentum dessen über, der beschenkt worden ist. Für das Geschenk des Lebens bedeutet dies: Falls das Leben für einen Menschen im Grenz- und Extremfall der schweren Krankheit zur ganz unerträglichen Last geworden ist, dann ist es auch religiös vorstellbar, dieses Leben Gott zurückzugeben. Sofern ein Mensch angesichts schwerster Krankheit einen Suizid plant, bringt dies keine Undankbarkeit, keinen Atheismus und keine Missachtung Gottes zum Ausdruck.

Oder anders gewendet, in heutigem ethischem Sprachgebrauch ausgedrückt: Angesichts des Problems der Selbsttötung sind das Persönlichkeitsrecht sowie das Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen zu beachten.

2. Das Grundrecht auf Selbstbestimmung

Zur Verdeutlichung greife ich auf das Verfassungsrecht und auf die normative Logik zurück, die für das Grundgesetz der Bundesrepublik maßgebend ist. Einschlägig ist Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes, der jedem Menschen „das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ zuspricht. Demzufolge hat jeder Bürger die Freiheit, über sich selbst zu entscheiden, ohne dass er dies anderen gegenüber begründen oder rechtfertigen müsste. Vielmehr bedarf es umgekehrt der Begründung, falls der Staat oder falls Dritte die Selbstbestimmung eines Menschen ausnahmsweise einmal einschränken möchten. Das Recht des Einzelnen auf persönliche Selbstbestimmung besitzt den Vorrang. Das Grundgesetz hat die persönliche Selbstbestimmung auch deswegen so stark betont, weil sie sich aus der Menschenwürde ergibt. Der einzelne Mensch besitzt Würde, weil Menschen grundsätzlich, *als* Menschen, vernunft- und freiheitsfähig sind. Daraus folgt: Sobald ein Mensch von seinem Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung tatsächlich Gebrauch machen *möchte*, dann darf er dies (außer er schädigt einen Dritten oder beeinträchtigt andere Menschen in ihren Grundrechten).

Diese normative Logik der Rechtsordnung gilt bei der Bewertung des Suizids ebenfalls ethisch. Wie gesagt, ich lasse die Konstellationen beiseite, bei denen eine krankhafte Depression, ein Affekt oder Vergleichbares den Hintergrund für einen Suizidwunsch bilden. Hier geht es vielmehr um ausweglose Krankheiten, angesichts derer Patienten selbstbestimmt oder – mit dem Schweizer Bundesgericht gesagt – „wohlerwogen“ zu der Auffassung gelangen, es sei für sie letztlich besser, ein Ende herbeizuführen. Mit „selbstbestimmt“ oder „wohlerwogen“ ist gemeint:

1. Der Betreffende ist sich bewusst, welche Tragweite die Suizidhandlung für seine eigene Person und für andere hat;
2. er ist über Alternativen informiert und hat über sie den Umständen entsprechend nachgedacht;
3. es handelt sich um einen dauerhaften Entschluss;
4. sein Entschluss hat Anhalt an der eigenen Biographie, an seiner Weltanschauung und seinen Wertüberzeugungen.

Wenn ein Mensch in diesem Sinn tatsächlich zu dem Entschluss gelangen sollte, sich das Leben zu nehmen, sollten Dritte seine Entscheidung respektieren. Dies gilt auch noch aus einem weiteren Grund.

3. Die Selbstachtung von Patienten

Inzwischen ist vor allem im Ausland empirisch aufgearbeitet, welche Motive dazu führen, dass manche Patienten einen Suizid in Betracht ziehen und sie hierfür einen Arzt um Unterstützung bitten. Es ist nicht nur die Sorge vor Schmerzen, die sich unter Umständen sogar mit den fortgeschrittenen Methoden heutiger Schmerzmedizin nicht mehr beherrschen lassen. Vielmehr sind noch andere Beweggründe maßgebend: die Befürchtung von Menschen, ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung und zur Eigenständigkeit zu verlieren; ihre Besorgnis, die eigene Würde einzubüßen, weil die Krankheit – etwa eine neurodegenerative Krankheit – zum Verlust von Persönlichkeit, Identität und Integrität führen wird; die Aussicht, mit schlimmsten physischen Entstellungen oder in unerträglicher Abhängigkeit von Maschinen oder von Dritten leben zu müssen. Ich sehe davon ab, einzelne Krankheitsbilder oder Krankheitsfälle zu schildern. Im Kern geht es darum, dass Menschen in Anbetracht ihrer dramati-

schen Krankheit befürchten, nicht mehr „sie selbst“ zu sein und ihr Selbstwertgefühl, ihre Selbstachtung zu verlieren.

Dieses Motiv der Selbstachtung wird rechtlich und ethisch, auch medizinethisch zu wenig bedacht. Anthropologisch ist der Selbstachtung ein genauso hohes Gewicht wie der Selbstbestimmung zuzusprechen. Genauso wie die Selbstbestimmung oder das Freiheitsgrundrecht lässt sie sich gedanklich aus der Menschenwürde ableiten. Hierauf hat bereits Immanuel Kant aufmerksam gemacht. Ihm zufolge stehen die menschliche Selbstbestimmung und die Selbstachtung in einem Verweisungszusammenhang – ohne Selbstachtung keine Selbstbestimmung und umgekehrt – und sie sind gemeinsam der Ausdruck menschlicher Würde. Der Gerechtigkeitstheoretiker John Rawls urteilte, die Selbstachtung sei „vielleicht das wichtigste“ unter den Grundgütern, die von den Menschen erstrebt werden. Ohne die Selbstachtung der einzelnen Menschen (self-respect, self-esteem) sei soziale und kulturelle Koexistenz nicht vorstellbar. Die Idee der Selbstachtung ist herkömmlich übrigens auch in den Religionen verankert. Religiös lässt sich Gott als Quelle menschlicher Selbstachtung deuten. Der religiöse Begriff lautete meist Selbstliebe (dilectio sui). An dem Satz „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ / „Liebe deinen Nächsten, weil er ist wie du“ ist ablesbar, welcher hoher Rang der Selbstachtung schon früher im Spiegel von Religion zukam. In der Gegenwart erlangt das menschliche Selbstwertgefühl aufgrund neuer zivilisatorischer und technologischer Entwicklungen noch einen zusätzlichen Stellenwert. Denn heutige Humantechnologien vermögen in unterschiedlicher Weise auf das Menschsein zuzugreifen. Speziell die künstliche Lebensverlängerung wird dann zum zweischneidigen Schwert, wenn sie für den Betroffenen nur noch Leidensverlängerung und eine persönliche Entwürdigung zur Folge hat. Unter extremen Umständen löst dies bei betroffenen Menschen den Gedanken an eine Selbsttötung aus. Wenn ein Mensch ernsthaft um seine Selbstachtung fürchtet, kann es sein, dass er lieber sterben möchte als aufgrund des Verlaufs seiner Krankheit in seinen eigenen Augen die Würde zu verlieren.

Hiermit habe ich Grundrechte – das Selbstbestimmungsrecht – sowie Handlungsmotive – die Selbstachtung – angesprochen, die auf Seiten von Patienten zu sehen sind, die einen Suizid erwägen. Nun verändere ich die Perspektive und spreche an, ob ein Arzt einem Menschen beim Suizid eventuell Beihilfe leisten darf. Die Frage betrifft Ärzte schon allein deshalb, weil sie vom Fach her gefordert sind. Sie können das Medikament verordnen, das der Suizidwilli-

ge zu sich nehmen kann. Daher ist zu reflektieren, ob und inwieweit es zulässig ist, dass ein Arzt zum Suizid Beihilfe leistet.

4. Gewissensfreiheit und Gewissensverantwortung auf Seiten des Arztes

Es liegt auf der Hand, dass sich die verfasste Ärzteschaft, bei uns die Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag, mit der ärztlichen Suizidbeihilfe auseinanderzusetzen hat. Die Bundesärztekammer äußerte sich freilich schwankend, unschlüssig bzw. widersprüchlich. Herkömmlich hat die Bundesärztekammer die Beihilfe zu einer freiverantworteten Selbsttötung durch den Arzt für standeswidrig erklärt. Dies galt zumindest theoretisch. Faktisch wurde es über Jahrzehnte hinweg von den Ärztekammern jedoch nicht sanktioniert, wenn ein Arzt eine Suizidbegleitung einmal durchgeführt hatte. Anfang 2011 vollzog die Bundesärztekammer dann auch theoretisch einen Kurswechsel. Sie revidierte ihre „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ und fand eine Formulierung, die es dem einzelnen Arzt gestattete, aufgrund persönlicher Entscheidung eine Suizidbeihilfe vorzunehmen. Kurz danach hat der Deutsche Ärztetag aber eine neue, jetzt allerdings ganz restriktive Kehrtwendung vollzogen. Im Juni 2011 wurde in die Musterberufsordnung für Ärzte ein Satz aufgenommen, dem zufolge Hilfe zur Selbsttötung für Ärzte verboten sei. Als Argument für das Nein wurde und wird die Arztrolle genannt. Ärztliches Handeln diene dem Leben und sei auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtet. Daher sei eine Suizidbeihilfe *schlechthin* abzulehnen. Eine solche Handlung könne dem gesellschaftlichen Ansehen des Arztes und dem ärztlichen Rollenbild – der Arzt dient dem Leben – Schaden zufügen.

Dieses absolute Nein der verfassten Ärzteschaft vermag aus verschiedenen Gründen nicht zu überzeugen.

1. Die Sorge, eine im Einzelfall erfolgende Suizidbegleitung werde das gesellschaftliche Vertrauen in die Ärzteschaft konterkarieren, ist nicht belegt. Zudem bleibt sie abstrakt. Eine *abstrakte* Befürchtung kann aber nicht die Begründungslast dafür tragen, es zu verbieten, dass ein Arzt einem Patienten im *konkreten* Ausnahme- und Einzelfall Suizidbeihilfe leistet, weil er sich der Not des Patienten nicht verschließen möchte. Medizinethisch ist der einzelne Patient in den Vordergrund zu rücken; die generelle Norm darf den Blick auf das Einzelschicksal nicht verstellen.

2. In Deutschland hat eine starke weltanschaulich-religiöse Pluralisierung eingesetzt – bei Patienten, aber ebenfalls unter Ärzten. Speziell zum Suizid ist bei den Ärzten eine Pluralität

von Überzeugungen und moralischen Meinungen anzutreffen. Zahlreiche Ärzte sind der Auffassung, sich der Bitte eines Patienten um Suizidbeihilfe gegebenenfalls nicht entziehen zu dürfen. Dies geht aus repräsentativen Umfragen hervor. Eine neuere Umfrage, die von der Bundesärztekammer selbst in Auftrag gegeben worden war, hat belegt, dass 37% der Ärzte sich im Einzelfall eine Suizidbeihilfe vorstellen können. Nach einer weiteren Umfrage sagte fast die Hälfte der befragten Ärzte, sie könnten sich denken, persönlich Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen, falls sie selbst einmal als Patient betroffen wären. Innerhalb der Ärzteschaft existiert zum Suizid mithin ein Spektrum von Meinungen zwischen dem Nein und einem vorsichtigen Ja. Die ärztliche Standesorganisation darf die Vielfalt der Überzeugungen und die Akzeptanz von Suizidbeihilfe bei den Ärzten nicht beiseiteschieben; sonst würde sie für sich eine Art moralische Richtlinienkompetenz oder anders gesagt eine moralische Heteronomie beanspruchen, die ihr ebenso wenig wie anderen gesellschaftlichen Institutionen zusteht. Denn:

3. In der jeweiligen Entscheidungssituation, im Gegenüber zum Patienten, ist letztlich der *einzelne* Arzt gefragt. Dies ist der springende Punkt. Auf Seiten des Patienten ist das Grundrecht auf Selbstbestimmung maßgebend, auf Seiten des Arztes das Gewissen. Für ihn wird es zu einer Gewissensfrage, ob er im konkreten Fall eine Suizidbeihilfe durchführt oder nicht. Er muss sein Handeln mit seinem Gewissen vereinbaren und es nach sorgfältiger Prüfung und Abwägung verantworten können. Seine Gewissensentscheidung kann ihm niemand abnehmen – auch nicht das Landesrecht oder die Landesorganisation.

Diese Prävalenz des individuellen Gewissens gilt zunächst *arztethisch*. Dass die persönliche Gewissensentscheidung eines Arztes vor dem Landesrecht, der Landesorganisation oder der Bundesärztekammer den Vorrang hat, ist darüber hinaus aber *juristisch* ins Licht zu rücken. Im Jahr 1968 hat das Bundesverwaltungsgericht aus einem anderen Anlass geurteilt, die „Freiheit der Gewissensentscheidung“ sei „ein Kernstück der ärztlichen Ethik“. Aus ihr ergebe sich „eine immanente und wesenseigene Beschränkung jeder berufsständischen Rechtsetzungsgewalt“. Ähnlich entschied kürzlich, am 30. März 2012, das Verwaltungsgericht Berlin – und zwar anlässlich eines Falls aus dem Jahr 2007, in dem es direkt um ärztliche Suizidbeihilfe ging². Und um in ein Nachbarland zu blicken: Wiederum genauso lau-

² Verwaltungsgericht Berlin, 30.3.2012, VG 9 K 63/09 (Die ausführliche Urteilsbegründung liegt zurzeit noch nicht vor).

tete das Votum des Bundesgerichtes der Schweiz vom November 2006. Aufgrund der gewandelten Einstellung der Bevölkerung zum Suizid könne eine ärztliche Suizidbeihilfe, die im Einzelfall dem Gewissen des Arztes gemäß erfolgt, „aufsichts- bzw. standesrechtlich nicht ausgeschlossen“ werden³. Falls sich in Deutschland einmal das Bundesverfassungsgericht mit dem Thema beschäftigen sollte, würde es letztlich nicht anders urteilen können. Im Übrigen zeichnet sich jetzt bereits ab, dass das absolute Verbot der Suizidbeihilfe, das der Deutsche Ärztetag 2011 beschlossen hat, sogar von den Landesärztekammern nicht durchgängig übernommen wird. Es bahnt sich an, dass sich zu diesem Thema bei uns eine regionale Zersplitterung ausbilden wird, weil standesrechtlich unterschiedliche Vorgaben entstehen. Verschiedene Landesärztekammern, etwa Westfalen-Lippe, lassen es zu, dass ein Arzt im Ausnahme- und Einzelfall Suizidbeihilfe leistet.

Was darüber hinaus die gesamtgesellschaftliche Debatte anbelangt, so ist der Meinungswandel interessant, der sich zu dieser Frage zurzeit in evangelischen Kirchen abzeichnet – vor allem im europäischen Ausland, ansatzweise auch im Inland. Bei gesellschaftlich oder moralisch strittigen Themen ist ja immer wieder zu beobachten, dass unter den Religionen und Konfessionen der Protestantismus am ehesten bereit ist, sich zu öffnen und frühere Positionen zu revidieren. Verschiebungen der Urteilsbildung zeigen sich auf protestantischer Seite derzeit nun zum Thema Suizid und Suizidbegleitung. Evangelische Kirchen beharren theologisch zwar noch auf ihrer alten Sicht, der Suizid sei unzulässig, weil er als Undankbarkeit, als Missachtung von Gottes Eigentum und als Auflehnung gegen Gott oder als Sünde zu deuten sei. Dennoch akzeptieren sie durchaus das Faktum, dass wir heute in einer weltanschaulich pluralen, säkularen Gesellschaft leben. Daher gelangen evangelische kirchliche Dokumente in letzter Zeit zu einer paradoxen Position. Einerseits sagen sie nach wie vor, der Suizid sei eine unzulässige Verfügung über menschliches Leben und unstatthaft. Andererseits legen sie dar: Wenn ein Mensch zum Suizid tatsächlich entschlossen sei, dann dürfe ein Arzt ihm im Einzelfall aufgrund seines Gewissens Beihilfe leisten. Es könne sogar sein, dass ein Arzt gegenüber seinem Patienten größere Schuld auf sich lade, wenn er untätig bleibe und die Suizidbeihilfe unterlasse.

Der zuletzt genannte Gedanke hat zweifellos hohes Gewicht und wäre genauer zu entfalten. Insgesamt ist die Argumentation evangelischer Kirchen zurzeit unscharf und inkohärent.

³ Schweizerisches Bundesgericht, 3.11.2006, BGE 133 I 58, Nr. 6.3.4.

Dennoch fällt auf, dass sich evangelische kirchliche Voten vom *starren* Nein der Bundesärztekammer abheben. Sie gehen so weit, einem Arzt zuzugestehen, dass er seinem Gewissen folgt und unter besonderen Umständen zum Suizid Beihilfe leistet.

Vor allem kommt es mir aber nun auf einen weiteren Gesichtspunkt an. Es reicht nämlich nicht aus, einseitig lediglich auf das Gewissen des Arztes hinzuweisen. Vielmehr ist ein weiterer Schritt zu gehen. Es wäre kurzschlüssig, Ärzte letztlich allein zu lassen und die gesamte Verantwortung auf den einzelnen Arzt *abzuwälzen*. Die Ethik und die Gesellschaft stehen vor der Aufgabe, über normative Kriterien nachzudenken, an denen Ärzte sich orientieren können, sofern sich für sie die Gewissensfrage der Suizidbeihilfe tatsächlich einmal stellt.

5. Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen

Ethische Kriterien und rechtliche Rahmenbedingungen der Suizidbeihilfe werden vor allem außerhalb von Deutschland erörtert. Interessant ist die Entwicklung im US-Bundesstaat Oregon. Dort sind Kriterien der ärztlichen Suizidbegleitung schon seit mehr als 15 Jahren gesetzlich verankert. Gesellschaftlich und rechtspolitisch hat das Oregon-Modell seine Bewährungsprobe bislang bestanden, so dass andere US-Bundesstaaten sich ihm angeschlossen haben. In Oregon werden die Fälle, in denen ein Arzt einen Suizid begleitet, dokumentiert und ausgewertet. Dabei zeigt sich, dass die Zahl der Selbsttötung schwerkranker Patienten in Oregon über viele Jahre hinweg konstant und vergleichsweise niedrig blieb. Es ist kein Dambruch eingetreten, der den Lebensschutz oder die Fürsorgepflicht für das Leben gesellschaftlich ins Wanken gebracht hätte. Es ist auch nicht so, dass Suizidbeihilfe dort vor allem von Patienten aus sozial oder ökonomisch benachteiligten Schichten nachgefragt würde. Nach den vorliegenden Daten ist in Oregon kein gesellschaftlicher Druck entstanden, der Menschen dazu brächte, vorschnell oder aus äußeren Gründen, etwa einer sozialen Notlage, eine Suizidbeihilfe zu erbitten. Oftmals lassen sich Patienten auch nur zur persönlichen Beruhigung, für den schlimmsten Fall, ein Medikament aushändigen und verwenden es dann gar nicht.

Der Schlüssel besteht darin, dass man in Oregon Kriterien entwickelt und gesetzlich abgesichert hat, an denen Ärzte – und damit auch die Patienten selbst sowie ihre Angehörigen – Anhalt nehmen, wenn Suizid oder Suizidbeihilfe erwogen werden. Zwar ist das Ja oder Nein zur Suizidbeihilfe für den einzelnen Arzt eine persönliche Gewissensfrage. Seine persönliche Entscheidung sollte sich jedoch an tragfähigen Handlungsmaßstäben bemessen lassen. An-

knüpfend an die Oregon-Regelungen lassen sich mehrere Einzelkriterien nennen, die ein Arzt zu beachten hat, bevor er eine Suizidbeihilfe vornimmt:

1. Der Patient muss volljährig und urteilsfähig sein. Ob ein Patient rational einsichts- und urteilsfähig ist, ist gegebenenfalls durch ein psychologisches oder psychiatrisches Gutachten zu klären.

2. Der Arzt hat sich zu vergewissern, dass der Suizidwunsch eines Patienten nicht auf unlauterer Beeinflussung Dritter beruht. – Zur Erläuterung: Der Sinn dieses Kriteriums besteht darin, der Gefahr vorzubeugen, dass Menschen überfremdet und sie zum Beispiel von Angehörigen vorschnell zu einem Suizid gedrängt werden. Generell ist die Gefahr der unlauter motivierten Einflussnahme durch Dritte allerdings gar nicht so sehr beim Suizid zu sehen. Andere Formen der Sterbehilfe bis hin zur palliativen Sedierung sind hierfür im Prinzip sogar anfälliger.

3. Eine Krankheit erscheint hoffnungslos und unbehandelbar. – Die Begründung und der Hintergrund für dieses Kriterium: Aus der Sicht des Patienten kann die Hoffnungslosigkeit und Grausamkeit des Krankheitsschicksals bedeuten, dass er seine Würde – mit Kant: die *dignitas interna*, die innere Würde – und seine Selbstachtung verliert.

4. Ein zweiter, und zwar unabhängiger Arzt ist hinzuzuziehen. – Zur Begründung: Hierdurch wird Transparenz hergestellt und es wird sichergestellt, dass es sich nicht um die „einsame“, gar willkürliche Entscheidung eines einzelnen Arztes handelt. So sehr letztlich das persönliche ärztliche Gewissen gefordert ist – als Kontext ist wichtig, dass ein Arzt sich mit anderen beraten kann und dass zusätzliche Fachkompetenz herangezogen wird. Denn die Folge der ärztlichen Suizidbeihilfe, der Tod, ist irreversibel.

5. Bevor der Arzt ein tödliches Medikament aushändigt, hat der Patient eine längere Bedenkzeit hinter sich zu bringen. – Dieses Kriterium soll sicherstellen, dass der Patient sein Selbstbestimmungsrecht nicht unbedacht in Anspruch nimmt. Wichtig ist, dass es sich um eine gefestigte Willensbekundung handelt, die in der Biographie und Lebensanschauung des Betroffenen verankert ist.

6. Der Patient ist über Optionen der Palliativmedizin und über Handlungsalternativen, etwa die palliative Sedierung, informiert worden. – Zur Begründung: Es sollte dabei bleiben, dass Suizid und Suizidbegleitung eine *ultima ratio*, die letztdenkbare Handlungsoption darstellen. Daher ist es unerlässlich, einen suizidwilligen Patienten über andere Möglichkeiten zu orien-

tieren und sie ihm faktisch auch verfügbar zu machen. In Oregon wurde aus diesem Grund parallel zu den gesetzlichen Regelungen über die Suizidbeihilfe die Palliativmedizin ausgebaut.

Im Fazit: Legt man diese Kriterien zugrunde, dann greift es zu kurz, so anzusetzen, wie es in dem zurzeit vorliegenden Referentenentwurf der Bundesregierung geschieht. Die Bundesregierung beschränkt sich auf einen schmalen Teilaspekt, indem sie eine gewerbsmäßige organisierte Suizidbeihilfe verbieten möchte. Noch weniger kann das pauschale rigoristische Nein überzeugen, das der Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer ausgesprochen haben. Ebenso wenig ist es plausibel, dass man in der Bundesrepublik Deutschland der Problematik der Suizidbeihilfe noch immer ausweicht und den moralischen Zweifel an das Ausland delegiert, dadurch dass suizidwillige Patienten nach wie vor in die Schweiz fahren müssen. Den normativen Kern der soeben genannten sechs Kriterien bilden neben dem Lebensschutz das Selbstbestimmungsgrundrecht von Patienten sowie ihr legitimes Anliegen, auch im Fall schwerster Krankheit und hoffnungslosen Leidens die Selbstachtung wahren zu können. Gewichtige Gründe sprechen dafür, über solche Kriterien nachzudenken. Der Gedanke, auch für das Inland Kriterien wie die soeben genannten rechtspolitisch und standesrechtlich zu erörtern und zu rezipieren, zielt darauf ab, im Umgang mit Suizid und Suizidbeihilfe Transparenz herzustellen, der Ausweitung von Grauzonen und der verdeckt praktizierten Sterbe- und Suizidbeihilfe entgegenzuwirken, potentiellen Fehlentwicklungen und inhumanen Formen der Sterbehilfe vorzubeugen sowie einen Beitrag zur Rechtssicherheit zu leisten. Das pauschale, ganz undifferenzierte Nein, das der Ärztetag und die Bundesärztekammer 2011 ausgesprochen haben, stellt für die Bewältigung der schwierigen Grenzfragen von Suizid und Suizidbegleitung jedenfalls keine adäquate Lösung dar.

Verfasser:

Prof. Dr. Hartmut Kreß
Universität Bonn
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik
Am Hof 1, 53113 Bonn
www.sozialethik.uni-bonn.de/kress
E-Mail: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)