

Hartmut Kreß

Wuppertal, 24.5.2011, Hospiztag 2011 der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Freiheit und Selbstbestimmung in protestantischer Sicht und die Problematik des assistierten Suizids

Aus dem Jahr 1985 stammt ein Zitat des Technikphilosophen, Medizinethikers und jüdischen Religionsphilosophen Hans Jonas, mit dem ich einleiten möchte: „Der Mensch allein ist ... der Verzweiflung offen, er allein kann Selbstmord begehen“. Ich sehe einmal davon ab, dass Jonas das Wort „Selbstmord“ verwendete, das man besser vermeiden sollte, weil es eine moralische Verurteilung und religiöse Vorurteile übermittelt. Das Zitat stammt aus einem Aufsatz, in dem Jonas über Grundlagen des Menschenbilds nachdachte. Im Kern hob er darauf ab, dass im Vergleich zu nicht-menschlichem Leben das entscheidende Merkmal des Menschseins darin bestehe, sich von sich selbst und von anderen ein Bild machen zu können (Imaginationsfähigkeit) und zur freien selbstbestimmten Entscheidung in der Lage zu sein. Hierzu kann unter extremen Umständen auch gehören, eine Selbsttötung zu erwägen. Jonas' Zitat macht auf diesen Sachverhalt aufmerksam.

Als es vor einiger Zeit zu der Anfrage für das heutige Referat kam, bestand das Anliegen darin, genau diese beiden Punkte zu erörtern: 1. die menschliche Selbstbestimmung, und zwar vor allem in protestantischer Perspektive, sowie 2. den assistierten Suizid. Der zweite Punkt hat im Augenblick besondere Aktualität erlangt. In wenigen Tagen wird sich der Deutsche Ärztetag mit ihm befassen. Später werde ich auf die Debatten der Ärzteschaft zurückkommen. Zunächst soll es generell um das Thema „Selbstbestimmung“ gehen.

I. Ethische Grundlagen angesichts von Sterbehilfe

1. Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung: Eckpunkte im Umgang mit dem Lebensende

Über den Umgang mit dem Ende des Lebens sind in den zurückliegenden Jahren zahlreiche Zweifelsfragen aufgebrochen. Sie beziehen sich auf passive und indirekte Sterbehilfe, auf Patientenverfügungen, auf den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, auf die palliative Sedierung sowie auf aktive Sterbehilfe oder die Selbst-

tötung. Grundsätzlich gilt: Ärzte sind verpflichtet, das Leben ihrer Patienten zu erhalten, gesundheitliche Lebens-Chancen zu stabilisieren und die Gesundheitsaussichten ihrer Patienten zu unterstützen. Die Verpflichtung auf Leben und Gesundheit besteht genauso für das Pflegepersonal und für Ehrenamtliche. Sie stößt jedoch auf Grenzen, wenn sich das Leben von Menschen dem Ende zuneigt. Angesichts des Lebensendes sind ethisch zwei normative Eckpunkte zu betonen, 1. die Menschenwürde sowie 2. das Grundrecht jedes Menschen auf Freiheit und Selbstbestimmung. Inwiefern greift die Idee der Menschenwürde? In ihrer heutigen Fassung ist sie in der Aufklärungsepoche entstanden und geht wesentlich auf Immanuel Kant zurück. Zurzeit gewinnt ein Sachverhalt Bedeutung, den Kant und den man sogar in der Mitte des 20. Jahrhunderts in dieser Form noch nicht vor Augen haben konnte: Weil Krankheit und Sterben heute oftmals langsam, quälend und sinnentleert verlaufen, ist die Würde des Sterbens zu einem eigenständigen Aspekt von Menschenwürde geworden. Genau an diesem Punkt wird dann auch der zweite normative Leitgedanke tragend, das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Schon Immanuel Kant hatte Menschenwürde und Selbstbestimmung miteinander verbunden. Auf der Fähigkeit, frei zu entscheiden, beruht ihm zufolge die Würde des Menschseins. Daraus folgt: Jeder urteilsfähige Mensch, der seine Selbstbestimmung konkret in Anspruch nehmen *möchte*, ist hierzu befugt; er darf daran nicht gehindert werden (es sei denn, er schädigt einen Dritten). Dieses Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung gilt heutzutage ebenfalls für den eigenverantworteten Umgang von Menschen mit dem Ende ihres Lebens. Was unter der Würde des Sterbens zu verstehen ist, erschließt sich dabei aus der Perspektive des jeweils betroffenen Menschen selbst.

Nimmt man dies ernst, dann hat ein urteilsfähiger Mensch auch das Recht, aus eigener freier Entscheidung heraus sein Leben zur Disposition zu stellen. Dies erfolgt inzwischen relativ häufig mit Hilfe einer Vorausverfügung, einer Patientenverfügung. Aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts legen Menschen fest, dass ihr Leben gegebenenfalls nicht künstlich verlängert werden soll, sondern dass man sie sterben lassen soll. Würde man ihnen diese Entscheidungsoption absprechen, dann schlänge das Lebensrecht, das jeder Mensch besitzt, in eine Lebenspflicht um. Insofern ist das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung die normative Basis für Patientenverfügungen, aber auch für andere Formen von Sterbehilfe. Um den hohen Stellenwert

des Selbstbestimmungsrechts zu unterstreichen, nenne ich vertiefend drei gedankliche Zugangswege.

2. Gedankliche Zugänge zum Selbstbestimmungsrecht

a) Das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung wird durch die Verfassung gesichert. Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland hat das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung in Artikel 2 Absatz 1 verankert: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“. Die normative Logik dieses Grundgesetzartikels besagt: Der einzelne Bürger besitzt die Freiheit, über sich selbst zu entscheiden – und zwar ohne dass er dies anderen gegenüber begründen, erläutern oder rechtfertigen müsste. Einer Begründung bedarf es vielmehr, falls umgekehrt der Staat oder Dritte die Selbstbestimmung eines Menschen ausnahmsweise einmal einengen oder einschränken möchten. Es handelt sich um eine sehr starke Version von Freiheit und Selbstbestimmung, die 1949 in die Bonner Verfassung Eingang gefunden hat. Charakterisierend könnte man sagen, dass sich die Bonner Verfassung das freiheitsorientierte Leitmotiv der neuzeitlichen Aufklärungsphilosophie zu Eigen gemacht hat: „in dubio pro libertate“ / „im Zweifel für die Freiheit“.

b) Darüber hinaus ist auf einen zweiten Zugang zum Selbstbestimmungsrecht aufmerksam zu machen. Dieser zweite Hinweis mag überraschen. Das Leitmotiv „in dubio pro libertate“ oder „in dubio libertas“ ist nämlich ebenfalls in der katholischen Tradition anzutreffen. In unserer eigenen Gegenwart verstärken sich im katholischen Christentum bekanntlich die autoritativen Elemente. Katholisch-kirchenrechtlich werden die Freiheit und die Gewissensentscheidung des einzelnen Katholiken stark beschnitten. Zu Fragen des Glaubens und des Lebens zieht das römisch-katholische Lehramt den Katholiken immer engere Grenzen. Es sind zahlreiche Einzelfragen, bei denen das Lehramt den Katholikinnen und Katholiken ihre persönliche Entscheidungs-, Gewissens- und Handlungsfreiheit abspricht. Es seien nur zwei Beispiele aus der Biomedizin genannt. Das erste Beispiel betrifft den Lebensbeginn und die Fortpflanzung. Das katholische Lehramt hat es Katholiken im Jahr 1987 untersagt, eine künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) in Anspruch zu nehmen. Oder als zweites Beispiel ein Punkt, der das Lebensende berührt: Der Vatikan hat es prinzipiell verboten, beim irreversiblen apallischen Syndrom (Wachkoma) einen Behandlungs-

abbruch vorzunehmen und die PEG-Sonde zu entfernen. Katholiken sollen daher auch keine Patientenverfügung verfassen, in der sie die künstliche Lebensverlängerung beim apallischen Syndrom verneinen. Diese Tendenz, die Selbstbestimmungsrechte der katholischen Gläubigen einzuschränken, hat sich unter den Päpsten Johannes Paul II. und Benedikt XVI. erheblich verschärft.

Sieht man von dieser neueren Entwicklung aber ab, dann fällt auf: In der Vergangenheit haben die Vordenker der katholischen Theologie die Freiheitsidee sehr markant ins Licht gerückt. Dies war schon im Mittelalter der Fall. Thomas von Aquin (1225-1274) legitimierte den eigenständigen Vernunftgebrauch und die Gabe, frei zu entscheiden, sogar theologisch. Hierdurch gelange die Gottebenbildlichkeit zum Ausdruck; hieran erweise sich die menschliche Würde. Thomas von Aquin ging so weit zu sagen, dass der Mensch mit Hilfe seiner Vernunft und Freiheit Anteil an der Vorsehungsvernunft von Gott selbst habe. Eine nachdrücklichere Begründung von Freiheit und individueller ethischer Verantwortung kann man sich theologisch eigentlich gar nicht vorstellen. Thomas meinte, Gott habe den Menschen in die Hand seines *eigenen* Ratschlusses gegeben („et reliquit illum in manu consilii sui“). Vor diesem Hintergrund findet sich in der älteren katholischen Moraltradition sogar die Formel: „in dubio pro libertate“. Herkömmlich hat die katholische Tradition Freiheitsgedanken hohes Gewicht beigemessen.

c) Wie sieht es nun mit dem protestantischen Zugang aus? Wiederum – es mag überraschen: Es war ausgerechnet das evangelische Christentum, das gegenüber menschlicher Freiheit und Selbstbestimmung oftmals großen Abstand wahrte. Dies erfolgte aus dogmatischen Gründen. Knapp gesagt und in Form eines Vergleichs mit der klassischen katholischen Position: Thomas von Aquin und katholische Theologen stützten sich auf die Gottebenbildlichkeitslehre, um die Vernunftfähigkeit, den freien Willen und die Entscheidungsfreiheit der Menschen hervorzuheben. Die Gabe der Vernunft und der sittlichen Entscheidung sei ein Merkmal des Menschseins – und zwar ungeachtet der Erbsünde, des Bösen und der dunklen Seiten des Menschseins. Das evangelische Christentum hat dogmatisch einen anderen Akzent gesetzt. Die Erbsündenlehre wurde derart scharf betont, dass Gottebenbildlichkeit, Willensfreiheit und vernünftige Entscheidungsfreiheit des Menschen auf evangelischer Seite ganz an den Rand gedrängt wurden. Ich gebe nur ein einziges Zitat wieder. Es stammt von

einem evangelischen Dogmatiker des 20. Jahrhunderts, Karl Barth († 1968). Er schrieb, man dürfe „von der Gottebenbildlichkeit des Menschen um keinen Preis lange anders [sprechen] als mit der Warnung ein für allemal, daß der Mensch, den wir kennen, der gefallene Mensch ist“. Gottebenbildlichkeit, Freiheit, Autonomie, eigene sittliche Urteilskraft und persönliche Selbstverwirklichung wurden von Barth und weiteren evangelischen Autoren schroff abgewiesen. Stattdessen sei zu betonen, dass der Mensch Gott zu gehorchen habe. „Gehorsam“ ist in Barths Werk ein tragendes Leitmotiv. Ich werde hierauf noch zurückkommen. Zunächst wollte ich nur andeuten: Die evangelische Theologie hat sich von einem Leitbild der Freiheit und der individuellen Selbstbestimmung immer wieder distanziert. Dies schlug sich in den letzten Jahren auch darin nieder, dass sich deutsche evangelische Kirchen und vor allem die EKD zur Selbstbestimmung am Lebensende sehr kritisch geäußert haben. Die EKD hat sich noch 2009 gegen ein Patientenverfügungsgesetz ausgesprochen, für das das Selbstbestimmungsrecht leitend ist.

Im Gegenzug liegt mir nun aber daran, für den Protestantismus eine Alternative aufzuzeigen. Hierzu knüpfe ich an Friedrich Schleiermacher an. Schleiermacher war 1810 neben Wilhelm von Humboldt ein Mitbegründer der Berliner Reformuniversität. Theologisch meinte er, das evangelische Christentum habe „*einen jeden auf sein Gewissen zu weisen*“. Für den einzelnen Menschen gelte der Grundsatz: „Thue das, was die christliche Sittenlehre lehrt, immer so, wie es deine Individualität fordert“. In die gleiche Richtung lenkt ein Diktum, das ein Jahrhundert später von dem evangelischen Kirchenhistoriker Karl Holl geprägt wurde: „Luthers Religion ist *Gewissensreligion* im ausgeprägtesten Sinn des Wortes“. Solche Äußerungen repräsentieren einen liberaleren Protestantismus. Er rückt das persönliche Gewissen, die persönliche Freiheit und die individuelle sittliche Verantwortung in den Vordergrund. Dies hat Anhalt an der Reformation selbst. Für Luther war es theologisch zentral, dass Gott dem einzelnen Menschen ein „getröstetes“, „gerechtfertigtes“ und „befreites“ Gewissen verleihen kann. Dabei stützte er sich auf Aussagen im Neuen Testament, etwa auf die Worte von Paulus im Galaterbrief 5,1: „Zur Freiheit hat euch Christus befreit“. Der theologische Gedanke lautet: Wenn ein Mensch von Gott getragen und in seinem Gewissen von Gott befreit wird, dann kann dieser Mensch zu innerer Freiheit und zu einer Lebenseinstellung zu gelangen, die ihn von äußeren Zwängen und weltlichen

Bindungen, von weltlicher Fremdbestimmung unabhängig werden lässt (mit Rudolf Bultmann gesagt: „Entweltlichung“). Aufgrund seiner inneren Freiheit gelangt ein solcher Mensch zu der Fähigkeit, für sich selbst und für andere abgewogen und gewissenhaft entscheiden zu können.

So betrachtet enthält der Protestantismus durchaus Impulse, die der Freiheit zugewandt sind. Sie betreffen die existentielle Voraussetzung von Freiheit, nämlich die innere Gelassenheit, aus der heraus Menschen Gewissensverantwortung übernehmen und von ihrer ethischen Vernunft Gebrauch machen können. Für medizinethische Probleme der Gegenwart besagt dies: Das innerlich befreite Gewissen, von dem theologisch die Rede ist, vermag – im besten Fall – Menschen zu befähigen, sogar über ihr Sterben nachzudenken und sich für Therapiebegrenzung, Verzicht auf Reanimation oder Respiration oder zu Anderem zu entschließen, was im Rahmen von Patientenverfügungen und der Sterbehilfe vertretbar erscheint.

Hiermit habe ich den Stellenwert von Freiheit nun auch protestantisch hervorgehoben. Hiervon ausgehend sei eine schwierige und strittige Einzelfrage angesprochen, nämlich die Grenzfrage der Selbsttötung angesichts von schwerster Krankheit und Leiden.

II. Assistierter Suizid

In diesem Referat soll es – so war es vereinbart – im Schwerpunkt um evangelische Sichtweisen gehen. Daher gebe ich jetzt zunächst einen Standpunkt zum Suizid wieder, der in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der evangelischen Dogmatik dargelegt wurde. Dieser knappe Blick auf die Dogmatik ist vor allem negativ interessant. Er lässt sichtbar werden, wie unsicher die neuere evangelische Theologie angesichts des Themas Suizid war und wie unklar ihre Aussagen blieben.

1. Gedankliche Unsicherheiten in der evangelischen Dogmatik

Als Bezug nehme ich noch einmal die Dogmatik Karl Barths. Dort finden sich Passagen zur Selbsttötung, in denen Barth sich auf die überlieferte religiöse Aussage stützte, das menschliche Leben sei das Eigentum Gottes. Wie schon erwähnt, hat Barth jede menschliche Selbstbestimmung abgelehnt und stattdessen den „Gehorsam“ gegen Gott eingefordert. Darauf folgte für ihn, eine Selbsttötung bzw. – wie er sagte – ein Selbstmord sei „Betätigung einer angemessenen Souveränität des Menschen“,

weil sich hierin Ungehorsam gegen Gottes Eigentumsrechte manifestiere. Barth formulierte: „Eine Selbstrechtfertigung, Selbstheiligung, Selbsterrettung, Selbstverherrlichung des Menschen kann in keiner Form gelingen und so auch in dieser nicht.“ Daher hielt er die „Selbsttötung als ... Nehmen des eigenen Lebens“ für „eindeutig Selbstmord“.

Zwar hat Barth durchaus anerkannt, dass Menschen in Notsituationen geraten können, in denen ein Suizid eine ultima ratio, ein allerletzter Ausweg sein könnte. Dies sind gerade auch die Situationen schwerster Krankheit und unerträglichen Leidens. Doch auch für solche Grenzfälle sprach Barth der Selbsttötung pauschal jede Berechtigung ab. Das Gebot Gottes laute: „Du sollst leben!“. Diesem göttlichen Gebot habe der Mensch unter allen Umständen zu gehorchen. Barth erläuterte dies dahingehend, dass der Befehl Gottes, weiterzuleben, als „Wohltat“ aufzufassen sei, weil er ja von Gott selbst stamme. Daher verwandle sich das göttliche Gebot „Du sollst leben!“ unter der Hand in ein „Du darfst leben!“.

Es braucht nicht gesagt zu werden, dass diese Auskunft Barths angesichts extremer menschlicher Belastung und extremen Leidens lebensfern, ja geradezu zynisch wirkt. Eine weitere Überlegung Barths ist jedoch noch irritierender. Er trug nämlich einen Gedanken vor, der die Selbsttötung auf einmal legitimierte und sie gar für geboten erklärte. Ein Suizid sei statthaft, sofern er nicht auf dem eigenen Willen des Menschen, sondern auf Gottes „Befehl“ beruhe. Eigentlich hatte Barth die Selbsttötung ja kompromisslos untersagt. Denn sie stelle Ungehorsam gegen Gott dar. Trotzdem warf er dann die Frage auf, „ob Einer sich selbst töten darf und soll“. Hierauf antwortete er, dies sei der Fall – sofern Gott selbst es sei, der dem Menschen die „Freiheit“ zu dieser Selbsttötung verleihe: „dann soll er freudig und entschlossen, nicht mit lädiertem, sondern mit intaktem Gewissen von ihr Gebrauch machen“.

Dieser Satz, Selbsttötung „freudig und entschlossen“ durchzuführen, befremdet schon allein sprachlich. Inhaltlich-dogmatisch erklärt er sich aus mehreren Gründen. a) Ein Hintergrund besteht darin, dass in der dogmatischen Tradition der Tod von Christus selbst als Form von Selbsttötung gedeutet wurde, nämlich als Selbsttötung Jesu im Gehorsam gegen Gott. b) Hinzu kommt: Im Alten und im Neuen Testament wird einige Male von Selbsttötungen berichtet, ohne dass die biblischen Texte diese

Suizidhandlungen ablehnen oder verurteilen würden. c) Bei Barth selbst wirkte sich aus, dass er seine Gehorsamsmoral mit einer Situationsmoral kombinierte: Der Mensch soll sich dem Willen Gottes unterwerfen, so wie er im jeweiligen Augenblick offenbar wird. Hieraus folgerte Barth im Blick auf den Suizid (anknüpfend an ein Wort des Kirchenvaters Augustinus): „Gottes Befehl – wenn er so oder so vorliegt – muß so oder so gehorcht werden“.

Die innere Unschlüssigkeit und die Schwächen dieser Überlegung sind unverkennbar. Der Ansatz, die Selbsttötung im Gehorsam gegen Gott zu legitimieren, kann zum Einfallstor für einen Subjektivismus werden, der sich *willkürlich* auf den Willen Gottes beruft. Barths Gedanke überspielt das erkenntnistheoretische Problem, dass der Wille Gottes unter endlichen Bedingungen gar nicht eindeutig erschlossen werden kann. Ein Desiderat seiner Position besteht sodann darin, keinerlei nachvollziehbare Kriterien zu nennen, die bei der Bewertung eines Suizids zu beachten wären – denn es kommt ja nur auf den „Gehorsam“ und auf die jeweilige „Situation“ an. Darüber hinaus blendet das Denkmodell die Möglichkeit zur Suizidprävention aus. Mitmenschliche Kommunikation und Begleitung können ja die Chance eröffnen, Selbsttötungen zu verhindern. Dies gilt gerade auch für den Suizidwunsch angesichts schwerer Krankheit. Erwägungen, die in diese Richtung weisen, lassen sich aus dem Ansatz Barths aber nicht ableiten; denn ihm kommt es nur auf den Gehorsam gegen Gott an. Daher sollte ganz anders angesetzt werden, wenn man die Problematik des Suizids erörtert. Es gilt, die menschliche Freiheit und Selbstbestimmung ernst zu nehmen.

2. Gesichtspunkte zum Suizid in heutiger Sicht

In Fällen höchster persönlicher Belastung durch einen Krankheitsverlauf oder bei unerträglichem Leiden, das auch schmerztherapeutisch nicht mehr beherrschbar ist, gelangen einzelne Patienten zu dem Entschluss, ihr Leben durch einen Suizid beenden zu wollen und hierfür einen Arzt um Hilfe zu bitten¹. Ein solcher Suizidwunsch kann menschlich verständlich sein. Ethisch kann er toleriert und respektiert werden, sofern er nicht auf Depression und nicht auf äußeren Druck, auf Suggestion zurückgeht. Die Betroffenen möchten einen Sterbeprozess vermeiden, der ihre Selbstach-

¹ Andere Motive und Anlässe, die für Suizidversuche eine Rolle spielen, etwa akute Depression oder der Bilanz- oder der Alterssuizid, bleiben hier ausgeklammert.

tung verletzen, ja zerstören und der sie aus ihrer eigenen Sicht zutiefst entwürdigen würde. Ethisch sind daher die normativen Eckpunkte leitend, die ich eingangs erwähnte: die Menschenwürde im Sinn der Würde des Sterbens, die Selbstbestimmung und der Gedanke, dass ein Mensch letztlich aus seiner eigenen Perspektive heraus beurteilen kann und darf, was er unter einem Sterben in Würde versteht.

Im Licht von Menschenwürde und Selbstbestimmung lassen sich dann auch die drei Einwände nicht mehr aufrecht erhalten, die in der Geistes- und Theologiegeschichte gegen den Selbstmord immer wieder geltend gemacht worden sind. Über viele Jahrhunderte hinweg wurde gesagt, eine Selbsttötung sei ein Vergehen a) gegen sich selbst, b) gegen die Gemeinschaft und c) gegen Gott. Diese Einwände wirken bis heute nach, sind – zumal in pauschaler, undifferenzierter Form – aber nicht mehr schlüssig.

a) Was den ersten Einwand betrifft – Selbstmord als Vergehen gegen sich selbst –, so ist zu sagen: Jeder Mensch, auch der Schwerstkranke, hat ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das von Dritten ohne jede Einschränkung zu achten ist. Angesichts der heutigen Umstände des Sterbens ist aber zu bedenken, dass das biologische Leben ein fundamentales, aber kein „höchstes“ Gut ist. Das Lebensrecht stellt keinen Lebenszwang dar. In der Hierarchie der Güter und Werte ist die Freiheit dem Leben übergeordnet. Der einzelne Mensch steht „in Freiheit seinem leiblichen Leben gegenüber“ (Bonhoeffer). Daher kann man es einem Menschen nicht verwehren, dass er sich notfalls, äußerstenfalls gegen sein Leben entscheidet.

b) Zum zweiten Vorbehalt, dem zufolge ein Selbstmord die Ansprüche der Gemeinschaft verletze: Dieser Einwand war in der Vergangenheit überaus wirksam. Er geht auf die griechische Antike zurück und besagt, die Gemeinschaft, die polis, habe ein Anrecht auf den Bürger, dem dieser sich nicht entziehen dürfe. In der Neuzeit hat sich jedoch die Einsicht durchgesetzt, dass Leib und Leben einem jeden Menschen selbst gehören. Dritte haben kein Eigentumsrecht und keinerlei Anrechte.

c) Der dritte klassische Vorbehalt lautet, Selbsttötung bilde eine Auflehnung gegen Gott. Heute leben wir jedoch in einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft mit einer sehr großen Anzahl nichtreligiöser Bürger, die diesen Einwand von vornherein nicht teilen. Er kann also ohnehin nicht mehr generell gelten. Er ist aber auch aus religiö-

ser Sicht nicht überzeugend. Wenn das Leben religiös als ein Geschenk Gottes angesehen wird, dann kann dies nicht heißen, dass jeder Mensch dieses Geschenk immer und überall annehmen *muss*. Ein solcher Zwang würde dem Charakter eines Geschenkes zuwiderlaufen. Denn es gehört zum Wesen des Geschenks, nicht aufgezwungen zu werden, sondern für den Beschenkten hilfreich und bereichernd zu sein. Auch im engeren Sinn nötigt das Verständnis des Lebens als Geschenk und Gabe Gottes nicht dazu, ein Leben, das krankheitsbedingt zur schier unerträglichen Last geworden ist, unter allen Umständen auf sich nehmen zu müssen. Aus dem Gabe-Charakter des Lebens ist keine absolute Lebenspflicht abzuleiten. Diese Sicht hat sich in der protestantischen Theologie, aber auch in Stellungnahmen evangelischer Kirchen – weniger in Deutschland, aber in anderen europäischen Staaten – zunehmend durchgesetzt.

Insofern wird es für einen Menschen unter Umständen zur höchstpersönlichen Gewissensfrage, ob er so weit gehen darf, sich angesichts schwerster Krankheit oder Leidens das Leben zu nehmen. Dritte – Ärzte, Angehörige und andere Beteiligte – sollten sich bemühen, ihm Perspektiven des Lebens, des Weiter-Lebens aufzuzeigen, aber seine Entscheidung dann letztlich auch respektieren. Darüber hinaus wird es zu einer Frage des persönlichen Gewissens, ob ein Dritter, insbesondere ein Arzt, einem Patienten Suizidbeihilfe leisten darf.

3. Ärztliche Suizidbeihilfe – Notwendigkeit ethischer Kriterien

Mit dem Problem der ärztlichen Beihilfe und der Begleitung eines Suizids setzt sich vor allem die Ärzteschaft auseinander. Vor einiger Zeit hat ferner die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) hierzu eine Schrift vorgelegt („Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung“, 2008). Der Text der EKD bleibt an den entscheidenden Stellen allerdings undeutlich. Grundsätzlich lehnt er jede ärztliche Beihilfe zum Suizid ab. Das Argument lautet, hierdurch werde die *Arztrolle*, das gesellschaftliche *Rollenbild* des Arztes gefährdet. Dem Arzt werde gesellschaftlich die Erwartung entgegengebracht, dass er das Leben und die Gesundheit schützt. Hiervon dürfe es keinerlei Ausnahme geben; sonst gerate das Arztbild und das Vertrauen zu Ärzten in Gefahr. Diese Einschätzung hat bis vor kurzem auch die Bundesärztekammer vertreten.

Man wird aber zu durchdenken haben, ob das Argument tatsächlich überzeugt. Sofern ein Patient einen Suizid in Betracht zieht, handelt es sich um eine Extremsituation, um schwerstes, quälendes Leiden, das der Betroffene nicht mehr ertragen kann und das ihn in seinen eigenen Augen entwürdigt. Angesichts einer derartigen Ausnahme- und Extremsituation kommt es auf den Patienten selbst an. Ethisch kann es nicht den Vorrang haben, *abstrakt* das Rollenverständnis des Arztberufes schützen zu wollen. Vielmehr haben das *konkrete* Leiden des Betroffenen, die Tragik seines Einzelschicksals, seine Würde und sein Wille ein Gewicht, das sich ethisch nicht beiseiteschieben lässt. Dies betonen auch zahlreiche Ärzte aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung mit Patienten, die in einer bedrückenden Notsituation einen Suizid erwogen haben.

In der Bundesärztekammer hat dies dazu geführt, dass sie Anfang 2011 ihre Grundsätze zur Sterbebegleitung in behutsamer Form korrigierte. Die revidierten Grundsätze enthalten eine Formulierung, die die Begleitung eines Suizids durch den Arzt nicht mehr kategorisch ausschließt; sie wird nicht mehr als standeswidrig bezeichnet. Die vorsichtige Öffnung ist danach jedoch zum Teil in sehr unsachlicher Weise angegriffen worden. In wenigen Tagen wird sich der Deutsche Ärztetag hiermit beschäftigen. Zu wünschen wäre, dass der Ärztetag den Standpunkt bekräftigt, dem zufolge eine ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht pauschal abzulehnen ist. Es handelt sich um eine Gewissensfrage, mit der sich jeder einzelne Arzt persönlich auseinandersetzen sollte.

Mir kommt es darauf an, meinerseits noch einen weiteren Punkt zu unterstreichen, der in Deutschland ärztlich, juristisch und ethisch bislang nicht hinreichend erörtert worden ist. Es ist an der Zeit, genauer zu durchdenken, an welchen *Kriterien* sich das Gewissen eines Arztes im Zweifel orientieren könnte und *unter welchen Bedingungen, unter welchen Voraussetzungen* eine ärztliche Suizidbeihilfe unter Umständen, ausnahmsweise gerechtfertigt sein könnte.

Wenn man sich dieser weiterführenden Frage zuwendet, kann man an Gesichtspunkte anknüpfen, die in den USA entwickelt worden sind. Seit 1997 ist es im US-Bundesstaat Oregon und jetzt auch in den US-Staaten Washington und Montana durch Gesetz geregelt, dass ein Arzt ein tödlich wirkendes Medikament verschreiben

darf, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind: Der Patient muss volljährig und urteilsfähig sein; die Urteilsfähigkeit muss im Zweifel durch ein Gutachten bestätigt werden; die Krankheit, die den Suizidwunsch auslöst, ist nicht mehr behandelbar; ein zweiter Arzt ist zu konsultieren; bevor dem Patienten ein tödlich wirkendes Medikament übergeben wird, ist eine Bedenkfrist zu wahren; der Patient wird über die Alternativen orientiert, die die palliative Medizin für ihn bereithält. Solche Kriterien lassen sich noch präzisieren und differenzieren. Sie schärfen ein, dass eine Beihilfe zum Suizid nur eine ultima ratio sein darf, und haben den Sinn, Ärzten, aber auch den Patienten selbst sowie Dritten Anhaltspunkte zu vermitteln, durch die sie bei ihrer persönlichen Urteilsfindung unterstützt werden.

Sozialethisch kommt hinzu: Solche Kriterien dienen der Transparenz, der Verhinderung von Grauzonen, die bei uns leider vorhanden sind, sowie – ethisch ein ganz wichtiges Anliegen – sogar der Suizidprävention, der Suizidprophylaxe. Um nur noch einen einzelnen zusätzlichen Aspekt zu erwähnen: Beachtung verdient, dass die Zahl der Selbsttötungen, die in Oregon auf der Grundlage der genannten Kriterien erfolgten, signifikant niedriger ist als in anderen Staaten, in denen Suizidassistenz ohne derartige Kriterien durchgeführt wird.

4. Anschlussfragen

Der assistierte Suizid stellt eine Grenz- und Extremsituation dar. Über die Zulässigkeit des assistierten Suizids wird bei uns seit Längerem ein heftiger Meinungsstreit ausgetragen. Es ist aber unerlässlich, auch über andere Probleme des Lebensendes intensiver nachzudenken. Zu ihnen gehört die palliative oder terminale Sedierung, die in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und in häuslicher Pflege zunehmend eingesetzt wird. Sie soll Patienten vor unerträglich gewordenem Leiden bewahren und sie schmerz- sowie symptomkontrolliert in den Tod gleiten lassen. Dies geschieht gegebenenfalls freilich um den Preis, dass das Bewusstsein ausgeschaltet und die Möglichkeit des Patienten zur Kommunikation abgeschnitten wird. In den USA wurde schon in den 1990er Jahren erörtert, dass zwischen palliativer Sedierung und der direkten Sterbehilfe, vor allem aber zwischen palliativer Sedierung und dem assistierten Suizid eine Schnittmenge vorhanden ist. Unter Umständen kann die Sedierung sogar missbrauchsanfälliger und ambivalenter sein, als die Beihilfe zum Suizid es ist.

Das ist besonders dann der Fall, wenn sie ohne vorherige Einwilligung des Patienten in Gang gebracht wird oder wenn ihm eine eigenverantwortliche Kontrolle über sein Sterben genommen wird, die er sich aus Gründen seiner Menschenwürde eigentlich gewünscht hat.

Angesichts dessen ist es auch in Bezug auf die Sedierung unerlässlich, Transparenz herzustellen und tragfähige Kriterien zu erarbeiten². Klärungsbedarf besteht schon allein dazu, wann eine irreversible Sedierung überhaupt in Frage kommt, nämlich bei therapieresistenten körperlichen Symptomen, unbeherrschbaren Schmerzen, schwerer Atemnot, Übelkeit, eventuell bei psychiatrischen Symptomen, Unruhezuständen, Delir. Sie sollte keinesfalls kurzfristig und erst als letzter Ausweg, als ultima ratio in Betracht gezogen werden, nachdem sonstige Maßnahmen ausgeschöpft und lebenserhaltende Therapien nicht mehr indiziert sind. Unerlässlich ist es, dass der Betroffene einwilligt und seine Persönlichkeitsrechte gewahrt werden. Überdies ist darauf zu achten, dass die Angehörigen begleitet werden und zwischen Ärzten und dem Pflegepersonal Einvernehmen hergestellt wird.

Daher ist abschließend nochmals herauszuheben: In Anbetracht der Zweifelsfragen, die im Umgang mit dem Lebensende aufbrechen – u.a. der assistierte Suizid –, sind die Würde des Sterbens, das Recht auf Selbstbestimmung, die Gewissensfreiheit und die persönliche Gewissensverantwortung in den Vordergrund zu rücken. Zugleich sollte bei uns intensiver über Kriterien nachgedacht werden, die für Patienten selbst, aber auch für Ärzte und Mitarbeiter eine Entscheidungshilfe bieten können.

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)

² Hierzu H. Kreß, Sterbehilfe in Form der Sedierung am Lebensende. Aktuelle medizinethische Empfehlungen und weiterer Diskussionsbedarf, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53 / 2010, H. 9, 939-942; mit Einverständnis des Springer Verlags online unter www.sozialethik.uni-bonn.de/kress → „Grundrecht Gesundheit / Medizin- und Bioethik“, dort unter 2.2. („Zu Fragen des Lebensendes“).