
Hartmut Kreß
Ethischer Kommentar zur juristischen Diskussion
über die Regelung des assistierten Suizids

Referat auf dem 6. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag (Institut für Rechtsfragen der Medizin Düsseldorf / Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV) am 14.11.2015

Am 6. November 2015 wurde vom Deutschen Bundestag mit überraschend großer Mehrheit das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung beschlossen (Bundestag-Drucksache 18/5373). Aus diesem Grund soll in meinem Beitrag nicht nur – wie der angekündigte Titel es besagt – die juristische Diskussion zur Regelung des assistierten Suizids der Gegenstand sein, sondern es ist das Gesetz selbst zu erörtern. Generell ist aus meiner Sicht zur Einschätzung des Gesetzes zu sagen, dass es einen Akzent setzt, der den tragenden Leitideen neuerzeitlicher Ethik zuwiderläuft. Von Friedrich Hegel, dem Vordenker idealistischer Philosophie, stammt das Diktum, Geschichte lasse sich als „Fortschritt im Bewusstsein der Freiheit“ interpretieren. Heute ist noch sehr viel nachdrücklicher festzuhalten, dass zumindest in westlich geprägten Gesellschaften Freiheit und Selbstbestimmung zu einem positivierten, subjektiv einforderbaren Grundrecht geworden sind. In unserem Zusammenhang geht es konkret um den freiverantworteten Suizid von Patienten und um Suizidassistenz, also um Ausnahmesituationen und um Grenzfragen des Handelns. Doch auch hierzu gilt: Seit der Aufklärung hat es sich zunehmend durchgesetzt, freiwillige Suizidhandlungen und ihre Begleitung nicht länger mit Strafe zu bedrohen, sondern sie im Licht des Selbstbestimmungsrechts zu werten. Das jetzt verabschiedete Gesetz bildet in dieser Hinsicht einen Rückschritt. Es handelt sich um ein Straf- und Verbotsgesetz. Hiermit fügt es sich freilich in eine bestimmte Linie der Gesetzgebung ein, die speziell in der Bundesrepublik Deutschland zu beobachten ist.

1. Restriktive Tendenz der deutschen Gesetzgebung zur Biomedizin

Zu biomedizinischen Fragen neigt man im Inland zu Restriktionen, die andere europäische Staaten nicht kennen. Das zeigt sich an den Einschränkungen von Forschung und Nutzung embryonaler Stammzellen im Stammzellgesetz oder an der Gesetzeslage zur Fortpflanzungsmedizin. Paradoxerweise hat sich der Trend zur

Restriktion sogar bestätigt, als scheinbar eine Liberalisierung in Gang gebracht wurde. Im Jahr 2011 gestattete der Deutsche Bundestag in engen Grenzen inländisch die Nutzung der Präimplantationsdiagnostik. Dies wurde damit begründet, dass der Staat das Recht von Frauen und Paaren mit Kinderwunsch auf reproduktive Selbstbestimmung zu achten habe. Genau dieses Anliegen ist danach in der Rechtsverordnung zur PID jedoch wieder „eingesammelt“, revidiert und konterkariert worden. Denn die Verordnung verlangt, dass jede einzelne PID von einer staatlich approbierten Ethikkommission genehmigt werden muss und dass die Kommission zu diesem Zweck sogar prüft, ob der Wunsch der antragstellenden Frau ethisch legitim sei. Diese Vorgabe stellt einen tiefen Eingriff des Staates in die Privatsphäre und in die persönlichen Selbstbestimmungsrechte der Frau und ihres Partners dar, die eine PID anstreben. Grundrechtlich und ethisch ist er unhaltbar. Restriktionen bzw. Eingriffe in das Freiheitsgrundrecht prägen sodann die deutsche Gesetzgebung zur Lebendspende von Organen. Lebendspenden werden schärfer beschnitten als in anderen Ländern. Zur Begründung heißt es, es gehe um den Schutz potenzieller Spender vor sich selbst – wozu man nicht vergessen darf: Die potenziellen Donoren von Organen sind urteilsfähige Erwachsene, die aufgrund eigener Entscheidung aus altruistischen Motiven ein Organ herzugeben bereit sind.

Von der Linie der Restriktion ist das Patientenverfügungsgesetz, das 2009 beschlossen wurde, immerhin ein Stückweit abgewichen. Im Vorlauf des Gesetzes war eingewendet worden, es sei nicht hinnehmbar, wenn Menschen mit Hilfe von Patientenverfügungen eigene Entscheidungen zur passiven Sterbehilfe trafen, weil die Fürsorge durch Dritte und der Lebensschutz Vorrang hätten. Der Bundestag hat sich zu Recht über solche Vorbehalte hinweggesetzt und mit dem Gesetz in Bezug auf Patientenverfügungen im Ergebnis Rechtsfrieden und Rechtssicherheit bewirkt. Im Unterschied hierzu ist das am 6. November 2015 beschlossene Gesetz sehr skeptisch zu beurteilen.

2. Schwachpunkte des Gesetzes vom 6. November 2015

Rechtsethisch sind Rechtsfrieden und Rechtssicherheit hochrangige Güter. Das Gesetz, das die Suizidbegleitung eingeschränkt hat, weist in dieser Hinsicht Desiderate auf. Es wurden unverzüglich Verfassungsbeschwerden angekündigt, weil es in Frei-

heitsrechte von Patienten und von Personen, die einen Suizid begleiten, zu sehr einschneide. Rechtsfrieden wird zu dem Thema absehbar also nicht einkehren. In puncto Rechtssicherheit ist zu kritisieren, dass das Gesetz Abgrenzungsschwierigkeiten erzeugt. Sofern ein Arzt mehrmals dem Wunsch von Patienten nach Suizidassistenz nachkäme, könnte er Gefahr laufen, dass dies unter den Begriff „geschäftsmäßig“ subsumiert wird. Außerdem entstehen Grenzziehungsprobleme für Palliativmediziner hinsichtlich der von ihnen praktizierten indirekt-aktiven Sterbehilfe. Ferner sollte nicht vergessen werden, dass die terminale Sedierung – inländisch ist abschwächend in der Regel von „palliativer Sedierung“ die Rede – in den USA in enger Verbindung mit dem assistierten Suizid diskutiert worden ist; und es ist an den sog. passiven Suizid zu denken, d.h. an die ärztliche Begleitung des freiwilligen Verzichts eines Patienten auf Nahrung und Flüssigkeit; und anderes. Durch das neue Gesetz brechen Probleme der Abgrenzung – legal versus verboten – neu auf, was für Ärzte deshalb besonders belastend ist, weil sie in unklarer Weise mit Strafbarkeitsrisiken konfrontiert werden.

Nun könnte man sagen, dass das Gesetz wenigstens einen liberalen Rest wahrt. Denn es hält theoretisch offen, dass ein Arzt im Einzelfall dem Wunsch eines Patienten nach Suizidbeihilfe Folge leistet. Insgesamt hat es Suizidbeihilfe jedoch sehr erschwert, und zwar erstens faktisch sowie zweitens symbolisch. Sie wird nur noch formal toleriert; das heißt sie wird abschätzig, pejorativ betrachtet und nur ausnahmsweise als Abweichung von dem Verhalten geduldet, das der Staat sich vom Arzt oder von anderen Personen moralisch eigentlich wünscht. Mit diesem Unwerturteil hat sich der Gesetzgeber darüber hinweggesetzt, dass Suizid und Suizidbegleitung schwerkranker Patienten ihre Legitimation im Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen finden.

3. Ethisch einschlägig: Das Grundrecht auf Selbstbestimmung

In Artikel 2 Absatz 1 des Bonner Grundgesetzes ist festgeschrieben, dass jede bzw. jeder Einzelne in ihren bzw. seinen Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechten zu achten und zu schützen ist. Rechts- und kulturvergleichend betrachtet ist das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit weltweit in keiner anderen Verfassung derart nachdrücklich verankert wie im Grundgesetz. Dort wird es sofort im Anschluss

an die Menschenwürdegarantie in Artikel 1 genannt. Hiermit bringt die Bonner Verfassung einen Kerngehalt neuzeitlicher Ethik zum Ausdruck. Klassisch war es Immanuel Kant, der entfaltet hat, dass Menschenwürde einerseits, Freiheit, Selbstbestimmung oder Autonomie andererseits einander zirkulär begründen und sich wechselseitig stützen und erläutern.

Hervorzuheben ist nun, dass das Grundrecht auf persönliche Selbstbestimmung gewichtige Motive abdeckt, die für Patienten eine Rolle spielen können, wenn sie angesichts schwerer Krankheit einen Suizid erwägen. Oftmals geht es weniger um Schmerzbelastungen, die unerträglich werden. Vielmehr kann auch die Sorge den Ausschlag geben, durch den absehbaren Verlauf einer Krankheit und des Sterbens die persönliche Selbstachtung zu verlieren. Unter Umständen zeichnen sich extrem bedrückende, schier unerträgliche physische Begleitumstände einer Krankheit ab, etwa bei Tumoren im HNO-Bereich. Manche Patienten halten es subjektiv aber auch für unerträglich, dass ihnen eine Demenz bevorsteht. Der springende Punkt besteht oftmals darin, dass die Betroffenen ihre Selbstachtung wahren möchten. Den ethisch fundamentalen Rang der Selbstachtung haben Autoren wie Immanuel Kant, John Rawls oder Avishai Margalit herausgearbeitet. Schon Kant hat erfasst, dass Selbstachtung und Selbstbestimmung einander korrelieren. Zur Phänomenologie der Selbstachtung gehören die Gefühle der Scham oder des Ekels, die Sorge vor Demütigung und vor einer Entfremdung von sich selbst. Genau dies wird belangvoll, wenn ein Mensch im Grenzfall aus Gründen der Achtung vor sich selbst einen Suizid in Betracht zieht und hierfür dann auch die Beihilfe eines anderen erbittet. Im Licht seines Selbstbestimmungsgrundrechts ist dies legitim.

Demgegenüber sind die Argumente, die für das neue Verbotsgesetz geltend gemacht wurden, nicht durchschlagend. Typisierend nenne ich drei Argumente, um sie jeweils auch sofort kritisch zu kommentieren.

(1.) Häufig wurde gesagt, ein eventueller Suizidwunsch von Patienten werde hinfällig und überflüssig, sobald palliative Medizin besser bekannt und besser ausgebaut sei. Diese Aussage überzeugt nicht, weil sie eine schiefe Alternative konstruiert. Denn selbst wenn man unterstellt, auch in Deutschland stünde hochwertige palliative Versorgung einmal flächendeckend zur Verfügung, würde nach den vorliegenden Daten

bei einer – wenngleich kleinen – Gruppe von Menschen der Wunsch bestehen bleiben, durch Suizid aus dem Leben zu scheiden. Man wird ihnen nicht verwehren dürfen, ihre Selbstachtung notfalls auf dem Weg des Suizids zu wahren.

(2.) Auf geistesgeschichtlicher Verlegenheit und Defensive beruht ein weiterer Gedanke, der auf ein Verbotsgesetz abzielte. Er wurde vor allem von der EKD (Evangelische Kirche in Deutschland) in die Debatte gebracht. Die EKD hat sich in den letzten Jahren ein Stückweit geöffnet und sich „modernisiert“, indem sie sich von der alten christlichen Lehre distanzierte, jeder Suizid sei Sünde und sei als Vergehen gegen Gott zu verurteilen. Als Ersatz für die die bisherige schroffe religiöse Verurteilung hat die EKD eine unklare Position aufgebaut, die zwischen einer „individualethischen“ und einer „sozialethischen“ Dimension des Suizids unterscheidet. Beides wird dann künstlich gegeneinander ausspielt: „Individuethisch“, also auf der rein persönlichen Ebene, seien der Suizidwunsch eines Patienten und seine Bitte um Suizidbegleitung ausnahmsweise hinnehmbar; „sozialethisch“ sei dies jedoch abzulehnen. Gesellschaftlich und politisch müsse es daher beim prinzipiellen Nein bleiben.

In dieser Weise Individualethik und Sozialethik gegeneinander auszuspielen, ist inkonsistent. Mit seinem am 6. November 2015 beschlossenen Gesetz hat der Gesetzgeber diese fragile Logik freilich übernommen.

(3.) Ein weiterer Gedankengang, der für ein Verbotsgesetz angeführt wurde, trägt paternalistische Züge. Er sah einen Dambruch und hob die Gefahr hervor, dass schwerkranke Menschen von Dritten, etwa von Angehörigen unter Druck gesetzt werden könnten, über einen Suizid nachzudenken. Es sei Sache des Gesetzgebers, sie vorsorglich hiervon zu schützen. Daher sei der Möglichkeit zum Suizid per Gesetz möglichst weitgehend ein Riegel vorzuschieben.

Zu dem Argument ist anzumerken: Es ist in der Tat vorstellbar, dass schwerkranke Patienten von außen unter Druck geraten. Derartiger unlauterer Druck droht übrigens fast noch mehr bei anderen Gelegenheiten, zum Beispiel bei der Anfertigung mancher Patientenverfügungen. Ihm ist aber auf anderem Wege zu begegnen als durch Restriktionen und Verbote, die das Selbstbestimmungsrecht generell einengen. Auf eine angemessenere Alternative komme ich am Schluss zurück. Nachfolgend soll

zunächst noch in einer weiteren Hinsicht verdeutlicht werden, dass das Gesetz mit seinen Einschnitten in das Selbstbestimmungsrecht über das Ziel hinausschießt.

4. Rechtspolitik und Gesetzgebung im Verhältnis zur Meinungsbildung in der Bevölkerung

Die Einstellungen, die in einer Bevölkerung zu Gesundheit und Krankheit, zum Sterben oder auch zum Suizid anzutreffen sind, sind in hohem Maß kulturgeschichtlich verankert. Zum Vergleich mag man daran denken, dass die Bereitschaft zum Suizid in Japan herkömmlich viel höher ist als in Europa. Im jüdisch-christlich geprägten Abendland fielen die kulturgeschichtlichen Weichenstellungen suizidabwehrend aus. Allerdings ist bemerkenswert, dass auch und sogar in Deutschland eine Mehrheit der Bevölkerung inzwischen stabil die Auffassung vertritt, angesichts schwerer eigener Krankheit seien Suizid und Suizidbeihilfe akzeptabel. Diese Bewertung ist über Jahre hinweg durch repräsentative Umfragen belegt. Die Vorbehalte, die die Kirchen und das Christentum gegen den sog. Selbstmord erhoben haben, sind verblasst. Der genuin religiöse Einwand, man vergreife sich am Leben als Eigentum Gottes, wird in der pluralistischen Gesellschaft vom säkularisierten Teil der Bevölkerung und zunehmend auch von religiös orientierten Menschen nicht mehr geteilt. Stattdessen gelangt das Leitbild des persönlichen Selbstbestimmungsrechts zum Zuge. Dies ist gleichfalls in der Ärzteschaft der Fall. Ein beträchtlicher Teil der Ärzte hält Beihilfe zum eigenverantworteten Suizid von Patienten als ultima ratio für moralisch erlaubt.

Das Problem: Der Gesetzgeber hat die Einschätzungen in der Bevölkerung übergangen. Dies bedarf meines Erachtens der kritischen Diskussion. Anderweitig hat die Politik die Meinungsbildung der Bevölkerung zumindest nicht auf Dauer beiseiteschieben können, etwa beim Themenfeld Atomkraftwerke / Kernenergie, aber auch bei Fragen des Privatlebens und der Lebensführung. In den 1970er-Jahren hat die sozialliberale Regierung den Wertewandel aufgenommen, der sich in der Bevölkerung bezogen auf Ehe und Familie, Sexualität oder Schwangerschaftsabbruch ereignet hatte. Im Zuge der „Politik der inneren Reformen“ sind seinerzeit die einschlägigen Gesetze liberalisiert worden. Seitdem erfolgen Ehescheidungen, ohne dass der Richter die Schuld der Ehepartner zu bemessen hätte; oder es fand sein Ende, dass Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande reisen mussten. In

der damals ausgetragenen sog. Grundwertedebatte betonte der damalige Bundeskanzler Helmut Schmidt, das staatliche Gesetz dürfe zur gelebten Moral allenfalls begrenzt in Spannung treten. Zuspitzt deutete er den staatlichen Gesetzgeber als Wertentor der Zivilgesellschaft.

Von daher hätte sich aufgedrängt und wäre es rechtsethisch geboten gewesen, die öffentliche Meinung zum assistierten Suizid zu beachten. Eine Gesetzgebung, die die Meinungsbildung in der Bevölkerung und den weltanschaulichen Pluralismus überspringt und die das Selbstbestimmungsrecht der Bürgerinnen und Bürger, also sogar ein Grundrecht, beiseite rückt, setzt sich in Gegensatz zu den tragenden Gedanken der neuzeitlichen Staatslehre seit John Locke; sie verfährt paternalistisch oder bevormundend und nimmt in Kauf, dass die Akzeptanz des staatlich gesetzten Rechts noch weiter ausgehöhlt wird. Zudem erzeugt sie Ausweichhandlungen. Konkret ist zu erwarten, dass die Reisen nach Zürich zwecks Suizidbeihilfe fortgesetzt werden und sich noch vermehren. Anders gewendet: Es wäre zu berücksichtigen gewesen, dass das uneingeschränkt geltende Lebensrecht von Patienten keine Lebenspflicht impliziert und dass bei Zweifelsfragen zum Lebensende die sorgsame, gewissenhafte Selbstbestimmung der Betroffenen in ganz besonderem Maß herausgefordert ist. Der springende Punkt besteht dann darin, die persönliche Entscheidungskompetenz der Betroffenen gerade auch in einer solchen schwierigen Situation zu stärken und zu unterstützen; dieses Postulat werde ich am Schluss nochmals ansprechen. Die parlamentarische Abstimmung am 6. November 2015 ist meines Erachtens aber auch noch in anderer Hinsicht kritisch zu kommentieren.

5. Das Gesetz zur Suizidbegleitung: Für Abgeordnete eine Gewissensfrage?

Die Abstimmung war vom Fraktionszwang befreit und galt für die Parlamentarier als Gewissensentscheidung. Dies knüpft an Artikel 38 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes an, dem gemäß die Abgeordneten „nur ihrem Gewissen unterworfen“ seien.

Diese Gewissensklausel sorgt immer wieder für Irritationen. Fraglich ist schon allein, welche Beschlüsse des Parlaments der Sache nach eigentlich als Gewissensfrage einzustufen sind – dies kann nicht nur die Biomedizin sein; ein „klassisches“ Beispiel: Anfang des 20. Jahrhunderts hatte der Abgeordnete Friedrich Naumann schwere Gewissenszweifel anlässlich von Haushaltsbeschlüssen bekundet – und ob die Frak-

tionsspitzen die Definitionshoheit darüber beanspruchen dürfen, wann die Fraktionsdisziplin nicht mehr greift und ab wann dem Gewissen gemäß entschieden werden darf. Zu all dem hat sich Diskussionsbedarf angestaut. An der Abstimmung des 6. November 2015 zur Suizidbeihilfe wird noch ein weiteres Dilemma deutlich. Nachdem die Parteien die Abstimmung für das Gewissen „freigegeben“ hatten, kam es dazu, dass Abgeordnete in den Debatten auf ihre subjektiven Überzeugungen hinwiesen, z.B. mit den Worten, dass „mir als Christin Selbsttötung“ verboten sei. Worin das Problem besteht, lässt sich an einer Beobachtung ablesen, die unmittelbar vor der Abstimmung die designierte Generalsekretärin der SPD Katarina Barley äußerte. Vonseiten der Parlamentarier habe man die wissenschaftliche Diskussion des Themas „durchaus“ zur Kenntnis genommen. Weil es aber um eine Gewissensfrage gehe, spiele bei den Abgeordneten „das eigene ethische Verständnis vermutlich die größte Rolle“, so dass ein Abgeordneter für ein Verbot stimme, wenn er persönlich den Suizid für verwerflich halte.

Hier tritt zutage, dass sich zu Gewissensabstimmungen im Parlament offenbar ein Missverständnis eingestellt und ein kategorialer Irrtum Platz gegriffen hat. Zwar haben Abgeordnete in der Tat in eigener Verantwortung, ihrem Kenntnisstand und ihrer Überzeugung gemäß abzustimmen. Ihre Stimmabgabe betrifft aber nicht ihre eigene Person und es steht nicht ihre persönliche subjektive Einschätzung als solche auf dem Spiel – wie es etwa bei der Kriegsdienstverweigerung aus Gewissensgründen der Fall ist (Artikel 4 Absatz 3 Grundgesetz). Stattdessen bezieht sich die Abstimmung auf die Bevölkerung als Ganze. Daher haben die Abgeordneten die Werteppluralität der Meinungsbildung unter den Bürgerinnen und Bürger zu respektieren. Das Problem besteht darin, dass bei Abstimmungen, die für das Gewissen der Abgeordneten „freigegeben“ worden sind, die Ebenen vermischt werden und Politiker ihre subjektive moralische Einstellung vorschnell auf die gesamtgesellschaftliche Ebene übertragen. Dies ließe sich auch anhand anderer parlamentarischer Vorgänge aufzeigen. Das heißt, die Abstimmung vom 6. November 2015 bringt in Erinnerung, dass zur Gewissensdeutung im parlamentarischen Geschehen Klärungsbedarf vorhanden ist.

Abschließend ist zum Thema Suizid und Suizidbeihilfe nun wieder auf die Seite der Betroffenen, also auf die Perspektive von Patienten, Angehörigen, Ärzten oder anderer Suizidbegleiter zurückzukommen. Für sie handelt es sich ethisch in der Tat um eine Gewissensfrage. Denn Suizid oder Suizidassistenz betreffen ein fundamentales Gut, nämlich das menschliche Leben als Basis aller Existenzvollzüge; und die betroffenen Menschen sind bei entsprechenden Entscheidungen und Handlungen in ihrem höchstpersönlichen Ethos, in ihrer individuellen Lebensanschauung und Weltdeutung herausgefordert. Hieraus ergeben sich die nachfolgenden Gesichtspunkte.

6. Stärkung persönlicher Entscheidungskompetenz der Betroffenen als Gebot der Ethik

Sinnvoll wäre es gewesen, wenn der Gesetzgeber Rahmenbedingungen geschaffen hätte, die es ermöglichen und bestärken, dass einzelne Menschen im Umgang mit krankheitsbedingtem Suizid und Suizidbegleitung zu Entscheidungen gelangen können, die so authentisch und verantwortungsbewusst ausfallen, wie die Umstände es erlauben. Daher hätte das Thema aus dem Strafrecht herausgehalten werden sollen. Das Gesetz hat die Suizidbeihilfe zwar nicht per se verboten, sie aber eingeeengt, mit einem Unwerturteil versehen und in eine Grauzone, die abgeschottete Privatheit und das private Arzt-Patient-Verhältnis abgedrängt. Im Prinzip angemessener erscheint mir der abgelehnte Gesetzentwurf Hintze/Reimann et al. Er hielt das Thema aus dem Strafrecht heraus und nannte auf zivilrechtlicher Ebene Kriterien, die zu berücksichtigen wären, sofern ein Arzt sich zur Suizidassistenz entschließen sollte.

Hiermit wäre korrigiert worden, dass die Bundesärztekammer mit ihrem berufsrechtlichen Verwerfungsurteil die Entscheidungs- und Gewissensfreiheit des einzelnen Arztes in völlig unvertretbarer Weise negiert und überfremdet hat. Der Gesetzentwurf erinnert an die Regulierungen, die im US-Staat Oregon seit mehr als zwanzig Jahren in Kraft sind. Inzwischen sind sie innerhalb und außerhalb der USA von anderen Staaten aufgegriffen worden. Ärztliche Suizidbeihilfe gilt als zulässig, wenn ein zweiter Arzt, gegebenenfalls ein psychiatrischer Gutachter zu Rate gezogen worden ist, der Patient über Alternativen informiert wurde, und anderes. Zu eng bleibt allerdings das Kriterium, Suizidassistenz nur in Todesnähe zuzulassen. Denn manche Patienten halten zum Beispiel eine ihnen drohende Demenz für unvereinbar mit ihrer Wür-

de und Selbstachtung, so dass sie es vorziehen, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden. Dies hat im Blick auf sich selbst im Jahr 2013 der katholische Theologe Hans Küng dargelegt. Im Jahr 2014 nahm sich angesichts ihrer Alzheimer-Diagnose in den USA die Psychologin Sandy Bem das Leben; hierüber hat die New York Times ausführlich berichtet. Die rechtspolitischen Debatten greifen zu kurz, wenn sie solche Sachverhalte ausklammern. Davon abgesehen wies der Gesetzentwurf, der zivilrechtlich ansetzte und für die Suizidbeihilfe Rahmenbedingungen sowie Kriterien nannte, in die richtige Richtung.

Zugleich müsste freilich Sorge getragen werden, dass für Patienten, die einen Suizid erwägen, eine ergebnisoffene psychosoziale Beratung zur Verfügung steht, genauer gesagt: nicht nur eine ärztliche, sondern eine vom eventuell tätig werdenden Arzt unabhängige Beratung. Der gute Sinn psychosozialer Beratung wird inzwischen ja auch zu sonstigen Entscheidungskonflikten anerkannt, die Zweifel auslösen und Gewissenhaftigkeit erfordern, etwa bei Schwangerschaftskonflikten oder komplizierten Konstellationen in der Reproduktionsmedizin, der Humangenetik oder Transplantationsmedizin. Wenn für Patienten, die an Suizid denken, eine psychosoziale Beratung offenstünde, hätten sie Gelegenheit, ihre Motive und ihre gedanklichen und weltanschaulichen Überzeugungen zu klären. Zudem bestünde die Option, über weitere Aspekte, etwa über die Belastung von Angehörigen durch einen Suizid und deren mögliche Schuldgefühle zu sprechen. Gegebenenfalls könnte dies dazu führen, dass ein Patient von seinem Suizidwunsch Abstand nimmt. Überdies ist zu erwarten, dass in Beratungsgesprächen zutage tritt, ob auf einen Suizidwilligen sozialer Druck ausgeübt worden ist, der unlauter ist. Insofern würde sich die Institutionalisierung von Beratungsangeboten suizidpräventiv auswirken. Im Fazit: Ein Ausbau ergebnisoffener Beratung entspräche dem Grundrechtsschutz durch Organisation und Verfahren, trüge dem Anliegen der Einzelfallgerechtigkeit Rechnung und käme dem Selbstbestimmungsrecht und der Gewissensbildung der Betroffenen zugute. Dies wäre konstruktiver als das am 6. November 2015 beschlossene Gesetz, das der paternalistischen biorechtlichen Restriktions- und Verbotslogik folgt, die ich eingangs kritisch erwähnt hatte und die sich in der Bundesrepublik jetzt möglicherweise noch verstärkt.

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