

Klaus Viertbauer ·
Reinhart Kögerler (Hg.)

Das autonome Subjekt?

Eine Denkform in Bedrängnis

Beiträge zur philosophischen Rechenschaft der Theologie

ratio fidei

GE

2016

4484

Verlag Friedrich Pustet

ratio fidei

Beiträge zur philosophischen Rechenschaft der Theologie

Herausgegeben von

Georg Essen, Klaus Müller, Thomas Pröpper, Magnus Striet und
Saskia Wendel

Band 54

Klaus Viertbauer / Reinhart Kögerler (Hg.)

Das autonome Subjekt?

Eine Denkform in Bedrängnis

Verlag Friedrich Pustet
Regensburg

Dieser Band dokumentiert die gleichnamige Tagung des Forum St. Stephan, die am 30. November und 1. Dezember 2012 unter der Leitung von Reinhart Kögerler und Klaus Viertbauer in der Bibliotheksaula der Paris Lodron-Universität, Salzburg, stattfand. Das gesamte Projekt einschließlich dieser Publikation wurde durch den Otto-Mauer-Fonds finanziert.

63

2016

4484



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7917-2588-8

© 2014 by Verlag Friedrich Pustet, Regensburg
Umschlaggestaltung: Martin Veicht, Regensburg
Druck und Bindung: Friedrich Pustet, Regensburg
Printed in Germany 2014

Diese Publikation ist auch als eBook erhältlich:
eISBN 978-3-7917-7042-0 (PDF)

Weitere Publikationen aus unserem Programm finden Sie auf
www.verlag-pustet.de

Inhaltsverzeichnis

PROBLEMVERMESSUNG

Klaus Viertbauer

Am Abstellgleis der Wirklichkeit?

Eine Skizze über „das autonome Subjekt“ als Prinzip der Moderne
und dessen subversive Unterwanderung 13

DAS AUTONOME SUBJEKT UND RELIGION

Klaus Müller

Autonome Subjektivität und der Panentheistic Turn der Theologie

Über die Logik eines vermeintlichen Antagonismus..... 43

Magnus Striet

Subjektivation und Freiheit

Menschwerdung im Horizont des Schöpfungsglaubens..... 67

DAS AUTONOME SUBJEKT UND GESELLSCHAFT

Thomas M. Schmidt

Autonomie und Verbindlichkeit

Paradoxien der Moderne 81

Eberhard Schockenhoff

Die Bewahrung der Autonomie des Menschen in

medizinethischen Konflikten..... 95

DAS AUTONOME SUBJEKT UND WISSENSCHAFT

Ansgar Beckermann

Neurowissenschaft und Autonomie 115

Godehard Brüntrup SJ

Reales und ideales Selbst 135

Autorenverzeichnis..... 159

Die Bewahrung der Autonomie des Menschen in medizinethischen Konflikten

Eberhard Schockenhoff

Der Begriff der Autonomie ist eine Schlüsselkategorie der gegenwärtigen Medizinethik. Für diese liegt die oberste Richtschnur ärztlichen Handelns nicht mehr in der Selbstverpflichtung des Arztes, das Wohl des Patienten zu achten (*salus aegroti suprema lex*), Schaden von ihm abzuwehren (*neminem laedere*) und im Zweifelsfall dem Leben zu dienen (*in dubio pro vita*). Diese Maximen des ärztlichen Handelns sind vielmehr eingebettet in die oberste Richtschnur, die Autonomie des Patienten zu achten. Von ihr her empfängt das ärztliche Handeln erst seine moralische und rechtliche Legitimation. Ohne die informierte Einwilligung des Patienten, die dieser einem Behandlungsvorschlag des Arztes in der Ausübung seiner eigenen Autonomie erteilt, hat der Arzt keinen Auftrag, zugunsten des Patienten tätig zu werden.

Trotz der zentralen Bedeutung, die dem Autonomiebegriff in der gegenwärtigen Medizinethik zukommt, herrscht über seine genaue Bedeutung alles andere als Einmütigkeit. In der angelsächsischen Bioethik wird das Autonomieprinzip in der Regel als erstes von vier Brückenprinzipien genannt, die nach Art eines Überlegungsgleichgewichtes das ärztliche Handeln leiten sollen. Neben der Beachtung der Patientenautonomie gehören dazu das Gerechtigkeitsprinzip sowie die Maximen der Schadensvermeidung und des Wohltuns. Zwischen diesen Prinzipien soll kein Verhältnis der hierarchischen Unterordnung bestehen, sondern sie sollen in der Anwendung auf konkrete Einzelfälle gemeinsam das Handeln und Entscheiden regeln, wie es dem Gedanken eines Fließgleichgewichtes entspricht. *De facto* rückt das Autonomieprinzip aber dennoch in eine Vorrangstellung ein, die es zur normativen Leitkategorie macht. Offen bleibt dabei freilich, ob Autonomie im Arzt-Patient-Verhältnis mehr auf der Linie der angelsächsischen, auf *John Locke* zurückgehenden Tradition als individuelle Selbstbestimmung oder, wie in der kontinentaleuropäischen Tradition, als vernünftige Selbstgesetzgebung des Menschen verstanden werden soll.

1. Autonomie als Durchsetzung eigener Wünsche und als vernünftige Selbstgesetzgebung

Die erste Variante reduziert Autonomie häufig auf die Fähigkeit und das Recht, eigene Wünsche zu äußern und sich zu deren Verwirklichung der Mithilfe des pflegerischen und ärztlichen Personals der Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge zu bedienen. Dagegen bedeutet Autonomie in der praktischen Philosophie der europäischen Aufklärung, als deren wirkmächtigster Vertreter Immanuel Kant gilt, gerade nicht das Recht auf subjektive Wunscherfüllung, sondern die Fähigkeit des Menschen, sich in vernünftiger Selbstgesetzgebung aus dem Bannkreis sinnlicher Neigungen, subjektiver Wünsche und hypothetischer Zwecksetzungen zu erheben. Das Beharren auf subjektiven Wünschen drückt nach dieser Konzeption nicht die Autonomiefähigkeit des Menschen aus, sondern verbleibt im Bannkreis subjektiver Neigungen, der die Sphäre der Heteronomie nicht durchbricht.

Die weiteren Ausführungen des Vortrages erörtern die Frage, inwieweit unterschiedliche Autonomiebegriffe in medizin-ethischen Argumentationen am Lebensende zu gegensätzlichen Schlussfolgerungen führen. Als Ausgangspunkt wähle ich die normative Begründung, die von den Befürwortern einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen und der ärztlichen Suizidbeihilfe angeführt wird. Diese Begründung setzt oft am Leitbild eines eigenen Todes an, das zunächst den Wunsch nach persönlicher Selbstbestimmung der Umstände des eigenen Sterbens reflektiert. Die Argumentation der Euthanasiebefürworter interpretiert den Wunsch, einen persönlichen Tod zu sterben, aber nicht nur als Hoffnung darauf, in einer vertrauten Umgebung und im Begleitetwerden durch nahe Mitmenschen zu sterben, sondern als das Recht, den Zeitpunkt und die Umstände des eigenen Todes selbst festzulegen. Die Forderung nach einem selbstbestimmten Tod erscheint dabei als die letzte Konsequenz des Rechtes auf ein selbstbestimmtes Leben, das wir uns in allen anderen Lebensfeldern selbstverständlich zugestehen. Moralische Selbstbestimmung beinhaltet nach dieser Ansicht vor allem die Fähigkeit, den Wert der eigenen Existenz zu beurteilen. Die Unterscheidung zwischen einem lebenswerten und einem nicht-lebenswerten Leben verliert in dieser Perspektive ihre moralische Anstößigkeit. Sie dient angeblich sogar dem Schutz der Menschenwürde, wenn sich bei der Beurteilung des jeweiligen Lebenswertes eines Menschen Kriterien des sozialen Nutzens oder andere dem Individuum übergeordnete Gesichtspunkte sicher ausschließen lassen.

Dem menschlichen Leben kommt in einer solchen Überlegung kein *innerer* Wert als selbstzweckhaftes Basisgut, sondern nur ein *instrumenteller* und

extrinsischer Wert zu, insofern es die äußere Voraussetzung zur Verwirklichung anderer Werte und Güter ist.¹ Es ist nur so lange schutzwürdig, wie es aus der Innenansicht der betreffenden Person als wertvoll erlebt wird. Allein der subjektive Wert, den ein anderes Wesen seiner eigenen Existenz zuschreibt, begründet einen moralisch relevanten Anspruch, von dem her auch das Tötungsverbot seine Bedeutung gewinnt. Einen anderen Menschen zu töten ist also nur deshalb verboten, weil es ihn der Möglichkeit eigener Wertschätzung beraubt; die moralischen Grundlagen des Tötungsverbotes entfallen dagegen, wo er selbst sein Leben nicht mehr als lebenswert beurteilt.

Eine ähnliche Begründung betrachtet die Tötung auf Verlangen ebenfalls unter dem Aspekt eines selbstbestimmten Todes, hebt dabei aber unsere Pflicht zur humanitären Hilfeleistung stärker hervor, die gerade in ausweglosen Situationen das Tötungsverbot überwiegen könne. Das Mitleidsargument reicht für sich genommen jedoch weiter als das Autonomieprinzip, da es auch dazu dienen soll, Tötungshandlungen an Schwerstkranken zu rechtfertigen, die keine Tötungsbitte mehr äußern können. Zahlreiche Autoren verknüpfen beide Argumente miteinander, indem sie entweder jedes für sich als ausreichende Begründung ansehen oder je nach Situation entscheiden, ob die Tötung des Patienten im Namen seiner Autonomie oder aus Mitleid und zum Schutz seines Wohlergehens erfolgen soll.

2. Fördert die Euthanasie die Freiheit der Sterbenden?

Die dargelegte Argumentation beruht auf zwei stillschweigenden Voraussetzungen: Die moralische Zulässigkeit der Euthanasie hängt davon ab, ob wir den Todeswunsch eines sterbenden Menschen als letzten Ausdruck seiner moralischen Selbstbestimmung betrachten dürfen und ob seine Erfüllung für ihn eine *wirkliche* und noch dazu die *einzige* Hilfe darstellt, die wir ihm in seiner qualvollen Lage geben können. Beide Voraussetzungen erweisen sich jedoch als fragwürdig – sowohl, was ihre philosophische Begründbarkeit anbelangt, als auch im Hinblick auf die ärztliche Erfahrung im Umgang mit sterbenden Menschen. Die unterstellte Autonomie der Person, die sich in der Fähigkeit äußern soll, über den Wert des eigenen Lebens frei von Fremdeinflüssen, allein

1 Die folgenden Überlegungen greifen meine Darlegung der Problematik in Schockenhoff, Eberhard: *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*. Freiburg i. Br. 2009. 534–560 auf.

aus der Binnenperspektive der eigenen Existenz zu urteilen, entspringt einer atomistischen Konzeption, die der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins nicht gerecht wird. Das Bild, das ein Mensch von sich selbst gewinnt, hängt nicht zuletzt davon ab, wer er in den Augen der anderen ist. Die Einschätzung des eigenen Lebenswerts stellt in der einen oder anderen Richtung immer auch eine Reaktion auf die Wertschätzung dar, die er im Urteil der anderen erfährt.

Die Einseitigkeit der Autonomiekonzeption, die den philosophischen Rechtfertigungsversuchen der Tötung auf Verlangen zugrunde liegt, zeigt sich in ihrem Blick auf den Sterbenden. Dieser wird als ein solitäres, einsames Subjekt gesehen, das Wünsche äußern und ihre Erfüllung gegenüber seiner Umgebung durchsetzen will, nicht aber als ein relationales Selbst wahrgenommen, dessen Autonomie in seine Abhängigkeit von anderen eingebettet ist. Auf diese Weise wird Autonomie mit einer Form der Autarkie gleichgesetzt, mit der Selbstgenügsamkeit des starken, selbstbewussten, keiner Hilfe bedürftigen Menschen, die bereits in gesunden Tagen ein fragwürdiges moralisches Ich-Ideal darstellt und in der Situation schwerer Krankheit durch die Konfrontation mit dem Sterbenmüssen und die Abhängigkeit von fremder Hilfe an ihre Grenzen stößt. Tatsächlich sind Abhängigkeit von anderen und das Angewiesensein auf Hilfe, Unterstützung und Pflege nicht menschenunwürdige Zustände, sondern eine Grundverfassung des menschlichen Daseins, die das Leben in seinen verschiedenen Phasen auf unterschiedliche Weise prägt. Auch die Autonomie des Menschen ist deshalb nicht als Vermögen eines unabhängigen und isolierten Subjekts zu denken, das frei von der Beeinflussung durch andere handelt und entscheidet; sie wird vielmehr erst in den Beziehungen verwirklicht, in denen das autonome Ich sich als ein soziales Selbst erfährt, das von dem Wohlwollen, der Fürsorge und der Solidarität anderer getragen ist. Als eine grundlegende Verfassung der menschlichen Person ist Autonomie immer von sozialen Vorbedingungen, biographischen Prägungen und aus der körperhaften Existenzweise des Menschen resultierenden Gegebenheiten (Verletzbarkeit, Sorge, Angst) abhängig, die eine moralische Beurteilung der Tötung auf Verlangen nicht ausblenden darf.

Auf diese andere Seite der Autonomie hat in der Gegenwartsphilosophie vor allem der französische Philosoph *Paul Ricœur* aufmerksam gemacht. Er versteht die Autonomie der Person nicht abstrakt von dem Prinzip der Subjektivität aus, sondern als in eine dreigliedrige Grundrelation eingebettet, die durch das Selbst, die anderen und die Welt gebildet wird. Autonomie meint einen doppelpoligen Vorgang, der das umfasst, was die Person von sich aus *will* und zugleich das, was sie *soll*. So interpretiert Ricœur Kants Vorstellung einer

Selbstgesetzgebung der Vernunft dahingehend, dass Autonomie nicht einfach Selbstbestimmung oder die Fähigkeit meint, eigene Wünsche durchzusetzen. Dies führt ihn dazu, die „Autonomie der Autonomie zu bezweifeln“ und die Abhängigkeit der Autonomie von ihren moralischen und sozialen Voraussetzungen stärker herauszuarbeiten, als dies in der bioethischen Debatte um die Reichweite individueller Selbstbestimmung häufig der Fall ist.²

Die Berufung auf das Autonomieprinzip bleibt daher, solange Autonomie unter Einklammerung ihrer sozialen Vorbedingungen als reine Selbstbestimmung verstanden wird, abstrakt und realitätsfern. Angesichts der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins, die am Lebensende und in der letzten Sterbephase in besonderer Intensität erfahren wird, erfordert ein menschenwürdiges Sterben mehr als bloßen Respekt vor einer angeblich unbeeinflussten Selbstbestimmung des Sterbenden. Menschenwürdiges Sterben ist überhaupt nur unter der Bedingung möglich, dass personale Beziehungen und menschliche Nähe zum Sterbenden aufrecht erhalten werden. Unsere moralischen Pflichten ihm gegenüber lassen sich nicht auf die formale Bereitschaft reduzieren, seinen Willen zu respektieren und diesen zur Richtschnur des eigenen Handelns zu machen. Die moralische Anerkennung des Sterbenden, die ihn in seiner Vulnerabilität und Hilfsbedürftigkeit achtet, erfordert vielmehr, bis zuletzt bei ihm zu bleiben, ihn nicht allein zu lassen, gemeinsam auszuharren und mit ihm auf den Tod zu warten. Die Formel vom Respekt vor der Autonomie des Sterbenden, die seine Tötung oder die Suizidbeihilfe rechtfertigen soll, führt dagegen zur Verweigerung wirklicher Hilfe, die dem Sterbenden die Annahme seines eigenen Todes erlauben könnte.

Die Idee einer freien, überlegten und rationalen Entscheidung über das eigene Leben, einer endgültigen Bilanz des Gesamtwertes der eigenen Existenz, die von der Haltung der menschlichen Umgebung und des gesellschaftlichen Umfeldes unbeeinflusst bliebe, beruht auf einer fiktiven Konstruktion. Für eine solche unabhängige Lebensrechnung mögen sich nach utilitaristischen Kriterien einzelne Regeln und Bemessungsgrundlagen aufstellen lassen. Solche unabhängigen Lebensbilanzrechnungen bleiben jedoch ein realitätsfremdes Postulat, das der Situation des Sterbens unangemessen ist, in der die mögliche Erfahrung des eigenen Lebenssinnes nur dann gelingen kann, wenn

2 Ricœur, Paul: *Das Selbst als ein anderer* (franz.: *Soi même comme un autre*). München 1996. 261. Zu dem kritischen Potenzial dieser philosophischen Hermeneutik der Autonomie und zu der Umdeutung dieses Begriffs in der gegenwärtigen biomedizinischen Ethik vgl. Schnell, Martin: Autonomie im Zeichen einer zweiten kopernikanischen Wende – eine Skizze der Position Paul Ricœurs. In: Illhardt, Franz Josef (Hg.): *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips*. Berlin 2008, 153–162; bes. 155–159.

sie von der Solidarität und Nähe anderer Menschen mitgetragen wird. Die klare gedankliche Trennungslinie, die soziale Nützlichkeitsabwägungen und die Rücksicht auf Fremdinteressen aus der autonomen Beurteilung des eigenen Lebenswerts ausschließen soll, lässt sich deshalb in der tatsächlichen Welt nicht aufrechterhalten. Dagegen stellt es sehr wohl eine reale Möglichkeit dar, dass sterbende Menschen in einer Gesellschaft, in der die Tötung auf Verlangen als moralisch zulässig gilt, in eine Situation geraten, in der sie die Äußerung eines entsprechenden Wunsches als die Erfüllung einer letzten Anstandspflicht gegenüber den Lebenden betrachten müssen.

Die Zweifel, ob wir die Todeswünsche schwerstkranker Patienten als ein unabhängiges Ergebnis rationaler Abwägungsvorgänge betrachten dürfen, die allein aus der Innensicht der individuellen Existenz heraus erfolgen, werden durch Erfahrungsberichte aus der ärztlichen Praxis gestützt. Gerade in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium stellen Sterbewünsche häufig verhüllte Mitteilungen dar, die auf einer tieferen Ebene etwas anderes meinen, als sie sprachlich zum Ausdruck bringen. In den einzelnen Sterbephasen unterliegt der Kranke zudem oft wechselnden Stimmungen. Die in einer depressiven Phase geäußerte Bitte um einen sofortigen Tod kann später von einer neuen Lebenskraft abgelöst werden, die dem Sterbenden die bewusste Annahme seines eigenen Todes ermöglicht.³ Im Nachhinein erweisen sich solche Todeswünsche als verzweifelter Appell, in der Not des Sterbens nicht allein gelassen zu werden. Hinter ihnen steht der Wunsch nach wirksamer Hilfe im Sterben, den ein wörtliches Verständnis der Euthanasiebitte oder gar ihre sofortige Erfüllung nur enttäuschen könnten.

3. Ist die Euthanasie die einzige Hilfe?

Auch die zweite Prämisse, nach der die aktive Euthanasie die *letzte* Hilfe gewährt, die wir einem Menschen zur Erleichterung seines Sterbens und zur Befreiung von seinem Leiden noch geben können, muss daher in Zweifel gezogen werden. Die einvernehmliche Tötung gleicht eher dem Eingeständnis einer Niederlage, die vor der Aufgabe menschlichen Sterbebeistandes resig-

3 Australische und US-amerikanische Studien belegen, dass Euthanasiewünsche sterbender Patienten häufig in depressiven Phasen geäußert werden, in denen die Autonomie starken Einschränkungen unterliegt. Vgl. Keown, John: Euthanasia. Ethics and Public Policy. An Argument Against Legislation. Cambridge 2002. 56f.

niert, als einer wirklichen Hilfe für den Sterbenden. Hier zeigt sich ein wenig beachteter Widerspruch der Euthanasie-Idee, der ihre eigenen Voraussetzungen wieder in Frage stellt. Die direkte Tötung soll in einer humanen Gesellschaft nur dann als moralisch zulässig gelten, wenn sie die *einzig* Möglichkeit ist, einem Sterbenden oder schwer leidenden Menschen wirksam zu helfen. Zugleich lähmt sie jedoch die Suche nach Alternativen, so dass sich der Eintritt dieser Voraussetzung gar nicht mehr mit ausreichender Sorgfalt feststellen lässt, *wenn* sie erst einmal zum allgemein akzeptierten Bestandteil unseres sozialen Lebens geworden ist. Die Gefahr, dass die Euthanasie, die zunächst nur als *Ultima Ratio* in Betracht kommen soll, die aufwendigere Palette pflegerischer Maßnahmen nach ihrem Einzug in den Krankenhausalltag auch *ersetzen* kann, ist nicht von der Hand zu weisen. Die Sorge, dass die Tötung auf Verlangen bald als der schnellere und sicherere Weg zum Ziel eines ruhigen Todes oder zur Befreiung von schwersten Leidenszuständen angesehen wird, erscheint schon deshalb berechtigt, weil die Euthanasieforderung in einem bestimmten Sinn dem Paradigma der modernen Medizin durchaus entspricht. Sie verwandelt die bislang unverfügbare Grenze des Todes in ein künstliches Ereignis und bleibt so noch in ihrem Protest gegen die Exzesse der modernen Intensivmedizin deren Denkmodell einer technischen Bewerkstelligung des Todes verhaftet.

Der künstlichen Verlängerung des Lebens um jeden Preis und der absichtlichen Herbeiführung des Todes liegt, auch wenn sie in vielfacher Hinsicht entgegengesetzten Absichten entspringen, eine verwandte Einstellung zugrunde, die der Annahme des eigenen Todes ausweicht. Der belgische Philosoph *Jean-François Malherbe* beschreibt den therapeutischen Übereifer in der letzten Krankheitsphase und die aktive Euthanasie in diesem Sinn als „die beiden symmetrischen Versuche, der Begegnung mit dem Tod auszuweichen.“⁴ Eine Überwindung der scheinbaren Alternative zwischen künstlicher Lebensverlängerung und der einvernehmlichen Tötung schwerstkranker Patienten zeigt sich dagegen im Konzept eines humanen Sterbebeistandes, der den kranken Menschen durch pflegerische Betreuung, wirksame Schmerzbekämpfung nach den Grundsätzen der modernen Palliativtherapie und menschliche Begleitung befähigt, seinen eigenen Tod anzunehmen.

Ein solches Konzept wird der körperlichen und seelischen Not schwerstkranker Menschen gerecht, ohne dass es die moralischen Grundsätze des Tötungsverbotes und die Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen außer Kraft setzen muss. Es hat sich zudem in den letzten Jahren in stationären

4 Malherbe, Jean-Francois: Medizinische Ethik. Würzburg 1990. 183.

oder ambulanten Palliativzentren sowie in der Arbeit der Hospizbewegung bewährt, die inzwischen an zahlreichen Orten vertreten ist. Auch wenn deren Erfahrungen sich noch nicht auf alle Situationen übertragen lassen, zeigen sie doch den Weg eines medizinischen Sterbebeistandes auf, der sich der Logik des Tötens verweigert. Sie berichten übereinstimmend von dem bemerkenswerten Ergebnis, dass der anfängliche Wunsch nach einer gezielten Herbeiführung des Todes verstummt, sobald wir dem Kranken durch wirksame Schmerzbekämpfung und menschliche Zuwendung die Möglichkeit zur persönlichen Annahme seines Sterbens geben. Der Gedanke der Euthanasie erscheint auf dem Hintergrund solcher Erfahrungen nicht mehr als Hilfe, sondern als Verweigerung der medizinischen und menschlichen Unterstützung, die den Kranken in Würde sterben lässt.

4. Ist die Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen moralisch irrelevant?

Die moralische Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen soll in der moralphilosophischen Debatte um die Euthanasie auch durch den Vergleich zweier Handlungsweisen aufgezeigt werden, zwischen denen es angeblich keinen moralisch relevanten Unterschied gibt. Die so genannte Äquivalenz-These sieht im Töten und im Sterbenlassen (also in dem, was früher als aktive und passive Sterbehilfe bezeichnet wurde) nicht zwei unterschiedliche Handlungstypen, die moralisch jeweils anders zu bewerten sind, sondern nur zwei verschiedene Ausführungsmodalitäten ein und derselben Handlung, die als willentliche Herbeiführung des Todes beschrieben werden soll. Der einzige Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen, liegt dieser Annahme zufolge darin, dass der beabsichtigte Tod im einen Fall durch Handeln, im anderen Fall durch Unterlassen herbeigeführt wird.⁵

Die Äquivalenz-These übersieht jedoch einen wichtigen Unterschied in der *intentionalen* Struktur des ärztlichen Handelns. Direktes Handlungsziel des Sterbenlassens ist die Erleichterung des Sterbens und der Abbruch einer Behandlung, die nicht mehr durch das palliative Behandlungsziel angera-

5 Eine ausführliche Erörterung der Äquivalenz-These findet sich bei Zimmermann-Acklin, Markus: Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg i. Br. 1997. 227–281.

ten ist, sondern das Sterben nur hinauszögern würde; dagegen wird der Tod des Patienten in keiner Weise gewollt. Insbesondere will der Arzt, der einen Patienten sterben lässt, weil er seinen Tod nicht mehr mit verhältnismäßigen Mitteln verhindern kann, diesen Tod nicht herbeiführen. Dagegen wird der Tod des Patienten bei der Tötung auf Verlangen vom Arzt willentlich bejaht, zwar nicht als solcher, sondern nur als geringeres Übel oder als Mittel zu dem Zweck, dem Patienten weiteres Leiden zu ersparen.⁶ Aber die Intention des Arztes ist darauf gerichtet, den Tod des Patienten herbeizuführen, während dieser beim Sterbenlassen weder das direkte noch ein indirektes Handlungsziel ist.

Das Sterbenlassen wäre von seiner intentionalen Struktur her nur dann einer Tötungshandlung gleichzusetzen, wenn der Arzt über eine geeignete, angemessene und verhältnismäßige Maßnahme zur weiteren Lebenserhaltung verfügen würde, die er absichtlich unterlässt, um den Tod des Patienten schneller herbeizuführen. Dies darf jedoch beim Sterbenlassen keineswegs als Regelfall unterstellt werden. Der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung kann vielmehr moralisch vertretbar oder sogar geboten sein, wenn das ursprünglich intendierte Ziel der Heilung nicht mehr erreichbar ist, weil keine aussichtsreiche Therapie zur Verfügung steht oder wenn das Hinausschieben des Todes nur um den Preis unzumutbarer Belastungen für den Patienten erkaufte würde. In diesem Fall nimmt der Arzt auch keine Beurteilung des Zustandes seines Patienten vor, um ihn als nicht mehr lebenswert zu klassifizieren. Er überprüft vielmehr die Eignung einer medizinischen Maßnahme, das Behandlungsziel zu erreichen und gelangt dabei zu dem Schluss, dass sie im Blick auf das zusätzliche Leiden, das sie beim Sterbenden verursacht, nicht mehr verhältnismäßig ist. Deshalb kann er sie unterlassen, ohne den Tod des Patienten zu wollen, den zu verhindern nicht mehr in seiner Macht steht.

Auch die *kausale* Rolle des Arztes ist beim Verzicht auf eine Weiterbehandlung zum Schaden des Patienten eine andere als im Fall der Tötung auf Verlangen. Der Behandlungsabbruch und die Beschränkung auf palliative Maßnahmen räumen ein Hindernis hinweg, das den Eintritt des Todes bislang hinauszögerte; ohne dieses Hindernis kann der Krankheitsverlauf schneller zum Tod führen, als es bei einer Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen voraussichtlich der Fall wäre. Das Unterlassen des Arztes ist daher eine notwendige, aber nicht die hinreichende Bedingung für den Eintritt des Todes,

⁶ Vgl. Birnbacher, Dieter: Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995, 107; zur Kritik dieser Position vgl. Schockenhoff, Eberhard: Grundlegung der Ethik. Ein theologischer Entwurf. Freiburg i.Br. 2007. 493–498.

dessen eigentliche Ursache die Krankheit selbst ist. Der Patient stirbt an seiner Krankheit, nicht durch das Handeln oder Unterlassen des Arztes.

Bei der Tötung auf Verlangen wird der Tod jedoch durch den Arzt willentlich herbeigeführt. In der Reihe der Antezedenzbedingungen, die erfüllt sein müssen, damit der Tod eintreten kann, ist sein Handeln die letzte, ausreichende und auslösende Ursache des Todes.⁷ Das Voranschreiten der Krankheit ist zwar eine entferntere Mitursache des Todes, da der Arzt diesen nur als Mittel zur Erreichung eines leidfreien Zustandes für den Patienten will. Dennoch stirbt der Patient nicht an seiner Krankheit, sondern weil er vom Arzt auf sein Verlangen hin getötet wird; dessen Handeln genügt, um den Tod als auslösende Ursache herbeizuführen.

Die Unterscheidung von Tötung auf Verlangen und Sterbenlassen hebt die unterschiedliche intentionale Struktur und kausale Effizienz des ärztlichen Handelns hervor. Ihr kommt deshalb in dem Interaktionsgefüge zwischen Arzt und Patient hohe Bedeutung zu. Ein unheilbar Kranker, der nach einem künstlichen Reanimationsversuch den Wunsch äußert, diesen bei einem weiteren Herzstillstand nicht zu wiederholen, bittet darum, dass der Arzt ihn sterben lässt; er will jedoch nicht vom Arzt getötet werden. Umgekehrt handelt der Arzt, der eine aussichtslos gewordene Behandlung abbricht und den Patienten sterben lässt in dem Wissen, dass seine medizinische Kunst nicht der Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern dem Wohl eines konkreten Menschen dient, der seiner ärztlichen Fürsorge auch im Sterben bedarf. Deshalb steht er ihm auch nach dem Abbruch einer kurativen Handlung durch palliative Maßnahmen gegen Schmerz, Angst und innere Unruhe bei. Er versucht, sein Sterben durch leidmindernde Maßnahmen zu erleichtern, respektiert jedoch die Grenze des Todes, die zu achten sein ärztliches Ethos verlangt.

Die Tötung auf Verlangen und das Sterbenlassen unterscheiden sich schließlich auch darin, wie sie die Menschenwürde des Sterbenden und die Unverfügbarkeit seines Lebens achten. Der Philosoph *Jan P. Beckmann* erläutert dies, indem er zwei Aspekte der Autonomie des Menschen unterscheidet. Ihre *essentielle* Seite liegt in der Selbstzweckhaftigkeit des Menschen, die als eine unverlierbare „Fundamentalausstattung“ anzusehen ist, die ihm in jeder Lage und Erscheinungsweise zukommt. Dagegen bezeichnet die aktuelle Selbstbestimmung die *funktionale* Seite der Autonomie, die durch Krankheit und schweres Leiden eingeschränkt sein kann. Wichtig an dieser Unterscheidung ist, dass Autonomie als Verfasstheit der Person der jeweiligen Manifestation

7 Vgl. Ricken, Frido: Handeln und Unterlassen. In: Lexikon der Bioethik. Bd. 2. Gütersloh 1998. 198–201.

dieser Verfasstheit in der aktuellen Ausübung von Selbstbestimmung logisch vorangeht. „Denn daß der Mensch Würde, Freiheit und daher Autonomie im Sinn von Unverfügbarkeit und Selbstbestimmung besitzt, ist nicht von Alter, Fähigkeiten oder Leistungen noch von Umständen, Zeiträumen o.ä. abhängig, sondern einzig von seinem Menschsein, und zwar in allen seinen Formen und Stadien, vom vorgeburtlichen Werden bis zum endgültigen Auseinanderbrechen seiner Einheit im Tod.“⁸ In ähnlicher Weise sieht *Annemarie Pieper* die personale Autonomie des Menschen als „unverlierbares Grundcharakteristikum“ und als „anthropologische Kategorie, (die) eine quasi-ontologische Bedeutung hat.“⁹

Die Unterscheidung zweier Seiten der menschlichen Autonomie – der fundamentalen Verfasstheit der Person und ihrer je aktuellen Manifestation in konkreter Selbstbestimmung – verdeutlicht nun, warum zwischen der Tötung auf Verlangen und dem Sterbenlassen ein moralisch bedeutsamer Unterschied besteht. Direktes Handlungsziel des Sterbenlassens ist die Bewahrung der Menschenwürde und die Achtung der unverlierbaren essentiellen Autonomie des Sterbenden, die bis zuletzt aufrecht erhalten wird: „Man unterläßt alles, was den Sterbeprozess in einer Weise verlängern könnte, welche im Widerspruch zum Willen und zur Würde des Sterbenden stünde; zugleich tut man alles, was diesen Prozess erträglich macht.“¹⁰ Dagegen lassen sich ärztliche Tötungshandlungen auch dann nicht rechtfertigen, wenn sie auf das Verlangen des Patienten hin erfolgen. Das Tötungsverbot schützt nicht nur das physische Leben des Sterbenden, sondern auch die essentielle Seite seiner Autonomie, die in allen Phasen des Sterbeprozesses zu achten ist.

Der Versuch, die Tötung auf Verlangen durch den Wunsch des Sterbenden zu rechtfertigen, so dass die Tötungshandlung als Ausdruck des Respekts vor seiner Selbstbestimmung erscheint, erweist sich dagegen als widersprüchlich. Dieser Argumentation liegt ein unzureichendes Verständnis menschlicher Autonomie zugrunde, das sich ausschließlich an deren aktuelle Manifestation, d.h. an den Todeswunsch des Patienten hält, während die fundamentalere

8 Beckmann, Jan: Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses. In: ZfmE 44 (1998). 143–156. Hier: 144. (Wiederabdruck in: Schockenhoff, Eberhard u.a. [Hgg.]: Medizinische Ethik im Wandel. 287–299. Hier: 293).

9 Art. „Autonomie“. In: Lexikon der Bioethik. Bd. I. 289–293. Hier : 291. – Wils, Jean-Pierre: Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Paderborn 1999. 234f., wirft einem derartigen Autonomieverständnis eine semantische Überdehnung und eine sinnlose Ethisierung vor und fragt, ob man dadurch „nicht die Augen vor den zahllosen Fällen verletzten Lebens (verschließt), bei denen von Autonomie nun wirklich keine Rede mehr sein kann“.

10 Beckmann, Jan: A.a.O. 295. – ZfmE. A.a.O. 149.

Bedeutung der Autonomie als unverlierbarer Verfasstheit der Person ausgeblendet wird. Die innere Widersprüchlichkeit der Euthanasie-Idee liegt darin, dass sie vorgibt, die Autonomie des Sterbenden zu achten, während diese in der Grundsicht ihrer Bedeutung zerstört wird. Der Gedanke der Tötung auf Verlangen setzt nämlich einen latenten Dualismus voraus, in dem die Achtung vor der aktuellen Selbstbestimmung des Sterbenden und die Achtung vor seiner konkreten Leiblichkeit, die Grundlage seiner essentiellen Autonomie ist, radikal auseinandertreten.

Die durch den Arzt erfolgte Tötung soll das Leben des Patienten vernichten, um auf diese Weise den Respekt vor seiner Selbstbestimmung zum Ausdruck zu bringen. Erst aufgrund dieses verborgenen Dualismus und einer Entpersonalisierung der ärztlichen Tötungshandlung als einer angeblich medizinisch begründeten Maßnahme lässt sich die Fiktion aufrecht erhalten, dass wir den Sterbenden als Person achten, indem wir ihn töten. Tatsächlich läuft diese Legitimationsstrategie auf den widersprüchlichen Gedanken hinaus, dass wir den Sterbenden in seiner Selbstbestimmung achten, indem wir seine Autonomie vernichten oder dass wir ihn von seinem unerträglichen Leiden befreien, indem wir ihn zugleich von sich selbst befreien.¹¹ Der Widerspruch liegt präzise darin, dass diese Argumentation der funktionalen Seite der Autonomie einen Vorrang gegenüber ihrer essentiellen Bedeutung einräumt und so das Verhältnis zwischen der autonomen Verfasstheit des Sterbenden und der äußeren Manifestation seiner Selbstbestimmung auf den Kopf stellt.

5. Ist die Suizidbeihilfe die bessere Alternative zur Tötung auf Verlangen?

Wenn zwischen der Tötung auf Verlangen und dem Sterbenlassen bei aussichtsloser medizinischer Prognose in der aufgezeigten Weise ein intrinsischer moralischer Unterschied besteht, stellt sich die Frage, auf welche Seite die ärztliche Suizidbeihilfe gehört, die von vielen Autoren als eine empfehlenswerte Variante gegenüber der aktiven Euthanasie oder als ein erster Teilschritt auf dem Weg zu ihrer Legalisierung angesehen wird. Ist der assistierte Suizid moralisch in die Nähe einer aktiven Tötungshandlung zu rücken, da der Bei-

¹¹ Vgl. Fischer, Johannes: Aktive und passive Sterbehilfe. In: ZEE 40 (1996). 110–127; bes. 118f.

hilfeleistende die Selbsttötung des Suizidwilligen vorbereitet und ermöglicht? Welches Gewicht kommt dem Umstand zu, dass dieser den Suizid am Ende der Handlungskette selbst in Gang setzt, indem er den vom Arzt bereitgestellten Medikamenten-Cocktail zu sich nimmt oder durch Knopfdruck die todbringende Injektion auslöst, die ihm der Arzt gelegt hat?

Die Antwort ergibt sich aus dem Grundsatz, dass der physische Ablauf einer Handlung für ihre moralische Bewertung von untergeordneter Bedeutung ist. Entscheidend sind vielmehr wie bei der Bewertung der Tötung auf Verlangen und des Sterbenlassens die intentionale Struktur der Handlung und die kausale Rolle, die der Akteur oder, wenn mehrere beim Aufbau der Handlung zusammenwirken, die Akteure dabei spielen. Beide Kriterien belegen, dass zwischen dem ärztlich assistierten Suizid und der Tötung auf Verlangen in moralischer Hinsicht kein intrinsischer Unterschied besteht, da der Arzt in die Suizidabsicht des Patienten einwilligt und die notwendigen Vorbereitungen trifft, die es diesem erst ermöglichen, den Suizid auszuführen. Da der an der Suizidhandlung mitwirkende Arzt die Intention des Suizidwilligen teilt und in die Vorbereitung der Suizidhandlung kausal so einbezogen ist, dass dieser sie ohne die Mitwirkung des Arztes überhaupt nicht vollziehen könnte, handelt es sich aufseiten des Arztes um eine *formelle* Mitwirkung, die moralisch dem Handeln des Hauptakteurs gleichzustellen ist. Wenn man daher der Auffassung anhängt, dass der Suizid selbst moralisch zu billigen ist, wird man dieses Urteil auch auf die Suizidbeihilfe übertragen.¹² Sieht man in der Selbsttötung dagegen bei allem menschlichen Respekt, den man dem Suizidenten in seiner schwierigen Lage entgegenbringen muss, einen unzulässigen Versuch, ein definitives Urteil über den Wert oder Unwert des eigenen Lebens zu sprechen, so wird man auch die ärztliche Suizidbeihilfe nicht als wünschenswerte, moralisch gerechtfertigte Option ansehen. In diesem Fall ist die ärztliche Suizidbeihilfe wegen der gleichgerichteten Intention von Arzt und suizidwilligem Patienten und wegen der kausalen Beteiligung des Arztes an der Suizidhandlung selbst in ethischer Hinsicht der Tötung auf Verlangen gleichzustellen.¹³ Der Umstand,

12 Es genügt nicht, dass der Beihilfe leistende Arzt den Entschluss des Suizidwilligen für wohl-erwogen und ohne äußeren Druck zustande gekommen hält; er muss sich auch selbst ein Urteil darüber bilden, ob die Suizidhandlung ethisch gerechtfertigt ist oder nicht. Vgl. Ernst, Stephan – Brandecker, Thomas: Beihilfe zum Suizid. Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht. In: ZfmE 55 (2009). 271–288, bes. 276.

13 Von dieser Prämisse gehen unter umgekehrtem Vorzeichen auch diejenigen aus, die beide Formen der Sterbeassistenz im Blick auf die autonome Selbstverfügung des Sterbenden für moralisch gerechtfertigt halten. Vgl. Schöne-Seifert, Bettina: Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger, Adrian (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i. Ue. 1999,

dass die Tatherrschaft bis zum Schluss beim Suizidenten verbleibt, kann zwar für den Arzt entlastend wirken; doch ist er eigenverantwortlich tätig in die Vorbereitung des Suizids einbezogen.¹⁴

Unter den Befürwortern der Euthanasie-Idee, die in *moralischer* Hinsicht zwischen der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe keinen Unterschied machen, sind einige jedoch der Ansicht, dass die ärztliche Suizidhilfe unter *pragmatischen* Aspekten gegenüber der Tötung auf Verlangen klare Vorzüge besitzt. Als solche werden genannt: Da ärztliche Suizidbeihilfe nur aufgrund der Willensbestimmung des Patienten und mit seiner Beteiligung möglich ist, sei eine Ausweitung analog zu nichtfreiwilligen ärztlichen Tötungshandlungen ausgeschlossen. Zudem liege die Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe auf einer Linie mit der generellen Bewertung des autonomen, nicht-depressiven Suizids durch die säkulare Gesellschaft, die diesen auch unter anderen Umständen toleriert. Ein weiterer Vorzug der ärztlichen Suizidbeihilfe wird darin gesehen, dass diese ohne eine Änderung des Strafrechtes eingeführt werden kann. Als Wege dazu kommen entweder eine einfache standesrechtliche Erklärung, dass sie dem ärztlichen Berufsethos nicht widerspreche oder eine juristisch verbindliche Einschränkung der Garantenpflicht des Arztes in Frage.¹⁵

Die Beihilfe zur Selbsttötung wird in den deutschsprachigen Ländern rechtlich unterschiedlich geregelt. Während sie in Deutschland aus rechtsdogmatischen Gründen (wenn die Haupthandlung straffrei bleibt, kann die Nebenhandlung nach der Lehre von der Akzessorietät nicht strafbar sein) nicht bestraft wird, gilt die „Mitwirkung am Selbstmord“ dem österreichischen Recht als ein eigenständiger Straftatbestand, als *delictum sui generis* nach § 78 des Österreichischen Strafgesetzbuches. Unser Nachbarland bringt die grundsätzliche sozialetische Missbilligung der Mitwirkung Dritter am Suizid eines Menschen durch ein strafrechtliches Verbot zum Ausdruck, das diese Handlungsweise vom vorgesehenen Strafraumen (sechs Monate bis fünf Jahre) her der Tötung auf Verlangen gleichstellt. In der Schweiz bleibt die Suizidbeihilfe für Privatpersonen straffrei und für Ärzte der berufsrechtlichen Regelung durch ihr Standesethos anheimgestellt. Im Jahr 2004 widerrief die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ihre bis dahin ablehnende Haltung gegenüber dem ärztlich assistierten Suizid und sprach in ihrer neuen Richtlinie von einer schwer auflösbaren „Dilemmasituation“, in der

98–119, bes. 116 und die dort zitierten Autoren (Beauchamp, Tom L. – Benjamin, M. – Birnbacher, Dieter und Brock, Dan W.).

14 Zur ethischen Bewertung vgl. die differenzierten Erwägungen von Ernst, Stephan – Brandecker, Thomas: A.a.O. 281ff.

15 Vgl. Schöne-Seifert, Bettina: A.a.O. 117.

eine „persönliche Gewissensentscheidung des Arztes“, sofern sie zugunsten der Suizidhilfe ausfalle, „als solche zu respektieren“ sei. Dabei müssen als unabdingbare Mindestvoraussetzungen folgende Kriterien erfüllt sein: Die uneingeschränkte Urteilsfähigkeit des Patienten, sein ohnehin nahe bevorstehender Tod sowie das Angebot alternativer Möglichkeiten der Hilfestellung.¹⁶ In einer späteren Stellungnahme sah sich die SAMW sogar dazu veranlasst, eindringlich auf die Vorrangigkeit des Angebotes palliativmedizinischer Versorgung hinzuweisen.¹⁷ Die *Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin* (NEK) der Schweiz hat diese Regeln einerseits bestätigt (vor allem durch den Ausschluss psychiatrischer Erkrankungen), andererseits aber auch ausgeweitet, da sie die Suizidbeihilfe nicht nur angesichts eines nahen Lebensendes, sondern auch bei krankheitsbedingtem schweren Leiden vorsieht.

Die ethische Bewertung dieser Vorschläge hängt davon ab, welchen Stellenwert man dem Auftrag zur Lebenserhaltung und der *Maxime in dubio pro vita* innerhalb des ärztlichen Ethos einräumt. Sieht man in dem Respekt vor der Patientenautonomie die oberste und alleinige Richtschnur ärztlichen Handelns, erscheint die Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten nur konsequent, sofern Zweifel an der autonomen Willensbestimmung des Patienten sicher ausgeschlossen werden können. Stellt der Auftrag der Lebenserhaltung dagegen ein eigenständiges Ziel ärztlichen Handelns dar, so ist leicht erkennbar, warum es der ärztlichen Tätigkeit widerspricht, unheilbar kranken Patienten oder Sterbenden bei der Durchführung eines Suizids Hilfe zu leisten.

Es ist Aufgabe des Arztes, schwere körperliche und psychische Leidenszustände mit allen Mitteln zu bekämpfen, die ihm das ärztliche Ethos erlaubt; dazu hat er vor allem die Möglichkeiten einer wirksamen Leidminderung durch palliativmedizinische Maßnahmen auszuschöpfen.¹⁸ In extremen Ausnahmefällen, in denen eine für den Patienten, seine Angehörigen und das medizinische Pflegepersonal schlechthin unzumutbare Situation auch durch verbesserte palliativmedizinische Versorgung nicht behoben werden kann, kommt unter Umständen auch eine Sedierung des Patienten in Betracht. Die Bereitstellung von Mitteln, die den Suizid ermöglichen oder die direkte Beteiligung an derartigen Handlungen sind dagegen mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar. Wohl kann es im fortgeschrittenen Stadium einer schweren Krankheit Fälle geben, in denen der Arzt einem Suizidversuch des Patienten nicht mehr entgegentre-

16 SAMW. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. 2004. 6.

17 SAMW. Schweizerische Ärztezeitung 2007. 1051f. (zit. nach Durtke, G.: A.a.O. 264).

18 Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus: Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid. In: ZfmE 55 (2009). 221–233; bes. 230. – Borasio, Gian Domini-
co: Der assistierte Suizid aus palliativmedizinischer Sicht. A.a.O. 235–242.

ten muss (etwa im Endstadium einer Tumorerkrankung); die bloße Hinnahme und Nichtbehinderung eines Suizidversuchs, den der Patient selbsttätig oder mit Hilfe anderer unternimmt, widerspricht der Garantenstellung des Arztes nicht.¹⁹ Im ärztlichen Ethos oder in standesrechtlichen Vorschriften verankerte Regelungen zur ärztlichen Suizidbeihilfe würden hingegen dem irrtümlichen Eindruck Vorschub leisten, es handle sich dabei um Tätigkeiten, die zum Auftrag des Arztes gehören, dem Wohl des Patienten zu dienen, so dass er sich ihnen allenfalls durch die Berufung auf einen entgegenstehenden persönlichen Gewissenszwang entziehen könnte.

An dieser Stelle steht die geforderte Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe vor demselben Widerspruch, der sich bei der Tötung auf Verlangen zeigte: Ihre Befürworter werden nicht müde, zu betonen, dass es beim ärztlich assistierten Suizid „um eine *ultima ratio* geht, die nicht empfohlen, sondern nur enttabuisiert und einer Gewissensentscheidung von Patienten und ihren Ärzten anheimgestellt würde.“²⁰ Wenn die ärztliche Suizidhilfe im öffentlichen Bewusstsein anerkannt wird und Aufnahme in das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten findet, ist jedoch nicht mehr ersichtlich, warum Ärzte und Patienten den gemeinsam geplanten Suizid nur als allerletzten Ausweg ansehen sollten. Der US-amerikanische Bioethiker *Daniel Callahan*, Mitbegründer und ehemaliger Präsident des Hastings-Center, gibt zu bedenken: „Wenn diese Möglichkeit als so menschlich geschildert wird, wird sie zu einer legitimen medizinischen Option. Menschen mit einer aussichtslosen Diagnose sehen sich dann einer Situation ausgesetzt, in der ihr Arzt darin nicht nur eine Möglichkeit, sondern sogar die naheliegendste, sensibelste und menschlichste Option sieht.“²¹

Die Forderung, die Suizidbeihilfe als letzte Ausnahme in die Regeln des ärztlichen Berufsethos aufzunehmen, steht vor demselben Dilemma wie eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen, die ebenfalls nur als *Ultima Ratio* in Betracht kommen soll. Eine Ausnahme muss eine Ausnahme bleiben und kann nicht zur Grundlage einer neuen moralischen Regel werden. Der Versuch, die Ausnahme zu regeln, kann der ungewollten Ausweitungstendenz der neuen Regel nicht entgehen, da es dann wiederum Ausnahmen zu dieser Regel geben wird, die einen weiteren Regelungsbedarf nach sich ziehen. Der Umstand, dass es gerechtfertigte Ausnahmen von einer moralischen Regel geben kann, stellt die Berechtigung dieser Regel keinesfalls in Frage. Im Gegenteil: Damit

19 So auch Borasio, Gian Dominico: A.a.O. 239f.

20 Schöne-Seifert, Bettina: A.a.O. 118.

21 Zit. bei Keenan, John F.: Fallstudien, Rhetorik und die amerikanische Debatte über die ärztliche Suizidbeihilfe. In: Holderegger, Adrian (Hg.): Das medizinisch assistierte Sterben. 157–174. Hier: 170.

die Ausnahme als Ausnahme erkennbar ist und eine Ausnahme bleiben kann, muss die Akzeptanz der Regel vorausgesetzt werden.

Wird dagegen die Ausnahme als nach bestimmten Kriterien legale Möglichkeit anerkannt, verändert sich die Entscheidungssituation für alle Beteiligten. Warum sollen sie diese legale Möglichkeit nur in Extremfällen wählen, wo sie sich doch auch im Normalfall als humane Alternative, als Abkürzung eines langen, mühsamen und kostspieligen Weges empfiehlt? Die moralische Billigung der ärztlichen Suizidbeihilfe oder die empfehlende Feststellung, dass sie dem ärztlichen Ethos nicht widerspricht, erweitern das Handlungsspektrum des Arztes und die Wahlmöglichkeiten des Patienten nicht einfach nur um eine weitere Option, sondern sie verändert die Entscheidungsbasis von Grund auf: Allein das Wissen um *diese* Möglichkeit, die von vielen als naheliegend und wünschenswert betrachtet wird, führt dazu, dass sie auch in Fällen gewählt wird, die mit der ursprünglich als Ausnahme gedachten Extremlage nicht mehr vergleichbar sind.

Erst recht würde ein öffentliches Angebot organisierter Suizidhilfe Handlungen, die auf die Auslöschung der eigenen Existenz gerichtet sind, den Anschein von Normalität und allgemeiner Akzeptanz verleihen. Um dies zu vermeiden, kann eine Rechtsordnung, die auf die Hochschätzung vor dem Leben jedes einzelnen ihrer Bürger gegründet ist, die Beihilfe zur Selbsttötung nur als individuelle Gewissensentscheidung eines dem Suizidwilligen nahestehenden Menschen, nicht aber als unterstützendes Angebot von Sterbehilfevereinen tolerieren. Jede darüber hinausgehende Bereitstellung, Erleichterung und Förderung von Möglichkeiten der Suizidbeihilfe würde das fatale Signal an Schwerkranke und Sterbende aussenden, die Gesellschaft lege ihnen ein freiwilliges, lautloses Abschiednehmen aus der Mitte der Lebenden nahe, bevor sie diesen zur Last zu fallen drohen. Selbst die an einen Arztvorbehalt gebundene Legitimation der Suizidhilfe kann diesem Dilemma nicht entrinne. Wenn Ärzte in den Augen ihrer Patienten und unter deren Angehörigen als Anlaufstellen für den Wunsch nach assistiertem Suizid und als „Experten für den freiwilligen Tod“ gelten, würden sowohl die Suizidhandlung selbst wie die ermöglichende Beihilfe zu ihr durch das moralische Gütesiegel einer achtenswerten, gesellschaftlich geschätzten und verlässlich erwartbaren professionellen Tätigkeit geadelt. Dieses fatale Signal gegenüber den Sterbenden und der Gesellschaft sollte ein demokratischer Rechtsstaat, der auf die Achtung des Lebens aller seiner Bürgerinnen und Bürger gegründet ist, nicht geben.