

STUDIEN ZUR THEOLOGISCHEN ETHIK 151

STEFAN BUCHS

ÄRZTEETHOS UND SUIZIDBEIHILFE

Theologisch-ethische Untersuchung zur Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz

SCHWABE VERLAG | ECHTER VERLAG



STUDIEN ZUR THEOLOGISCHEN ETHIK 151

Herausgegeben von Daniel Bogner und Markus Zimmermann

STEFAN BUCHS

Ärzteethos und Suizidbeihilfe

*Theologisch-ethische Untersuchung
zur Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz*

Die vorliegende Arbeit wurde von der Theologischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. als Dissertation angenommen.
Gutachter: Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff; Prof. Dr. Giovanni Maio
Gesamtergebnis: Summa cum laude
Tag der Feststellung: 26.07.2017
Dekanin: Prof. Dr. Ursula Nothelle-Wildfeuer

Die Druckvorlagen der Textseiten wurden vom Departement für Moralthologie und Ethik
zur Verfügung gestellt.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2018 Schwabe Verlag, Schwabe AG, Basel, Schweiz

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Das Werk einschliesslich seiner Teile darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in keiner Form reproduziert oder elektronisch verarbeitet, vervielfältigt, zugänglich gemacht oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: icona basel gmbh, Basel

Layout Inhalt: Stellwerkost

Satz: Ute Heimburger, Université de Fribourg, Departement für Moralthologie und Ethik,

Av. de l'Europe 20, CH-1700 Fribourg

Druck: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN Printausgabe 978-3-7965-3840-7 (Schwabe)

ISBN Printausgabe 978-3-429-04492-3 (Echter)

ISBN eBook (PDF) 978-3-7965-3867-4 (Schwabe)

ISSN 0379-2366 (Studien zur theologischen Ethik)

Das eBook ist seitenidentisch mit der gedruckten Ausgabe und erlaubt Volltextsuche.

Zudem sind Inhaltsverzeichnis und Überschriften verlinkt.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	9
Einleitung	11
TEIL I HORIZONT DER FRAGESTELLUNG	17
1. Situierung und Erläuterung	19
1.1 Makro-Kontext der Untersuchung	19
1.2 Erläuterungen zum Ethos	21
2. Sprachliche Regelungen, normative Konsequenzen	25
2.1 Sterbebegleitung	25
2.2 Palliative Betreuung	26
2.3 Sterbehilfe im engen und im weiten Sinn	27
3. Verdeutlichung der Begriffe	45
3.1 Nicht natürliche und natürliche Todesfälle	45
3.2 Ärztliche Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen	51
3.3 Präzise Definition des ärztlich assistierten Suizids	54
4. Kontextualisierung der Fragestellung	55
4.1 Philosophische Ansichten zum Suizid und zur Suizidbeihilfe	55
4.2 Die kirchliche Haltung zum Suizid und zur Suizidbeihilfe	59
4.3 Empirische Befunde und ihre theologisch-ethische Relevanz	63
5. Zukunftsszenarien	67
5.1 Szenarium 1: Einschränkung der medizinischen Leistungen	67
5.2 Szenarium 2: Medizinische Wundertaten und Patientenautonomie	68
5.3 Szenarium 3: Kommunitaristisches Leben in einer pluralen Welt	68
6. Rechtliche Vorgaben	71
6.1 Strafrechtliche und zivilgesetzliche Regelungen in der Schweiz	71
6.2 Strafrechtliche und zivilgesetzliche Regelungen in den Nachbarländern	84
6.3 Standesrechtliche Vorgaben für die Ärzteschaft in der Schweiz	88
7. Suizidhilfeorganisationen und weitere Akteure	99
7.1 Suizidhilfeorganisationen in der Schweiz	99
7.2 Weitere Akteure	115
7.3 Ärztlicher Anteil an der Suizidbeihilfe	117
8. Zwischenfazit	119
8.1 Feststellungen zur weiteren Klärung	119
8.2 Weitere kritische Feststellungen	121

TEIL II	ÜBERWINDUNG DER RADIKALEN EINSAMKEIT	123
1.	Hermeneutische Notwendigkeit	125
2.	Der Mensch als Person	129
2.1	Überblick über Genese und Verwendung des Personenbegriffes	134
2.2	Personenverständnis in Zusammenhang mit der Suizidbeihilfe	145
2.3	Wertung	151
3.	Entfaltung des Personenbegriffs	155
3.1	Geschaffen, gerufen und erwartet	155
3.2	Personale Identität	161
3.3	Ausgefaltet: Resümee	182
4.	Personale Autonomie und moralischer Status	185
4.1	Von der Autonomie der Polis zur autonomen Person	187
4.2	Autonomie und autonome Entscheidungen in liberalen Konzepten	198
4.3	Relationale Autonomietheorien	206
4.4	Alain Ehrenberg: Autonomie und gesellschaftliche Depression	209
4.5	Paul Ricœur: Autonomie als normgeprüfte Selbstschätzung	214
4.6	Personale Autonomie als Überwindung der radikalen Einsamkeit	221
4.7	Autonomie als personale Eigenschaft: Rekapitulation	244
5.	Person als bezeugtes Selbst?	247
6.	Der Mensch als Person – Zusammenfassung und Überleitung	255
TEIL III	ÄRZTEETHOS	257
1.	Hippokratischer Eid: Geschichte und Aktualisierung	261
1.1	Historisch-kritische Situierung des Hippokratischen Corpus	261
1.2	Wirkungsgeschichte und neue Verpflichtungsformeln	269
1.3	Ein neuer Eid? Kontroverse Diskussion in der Schweiz	280
1.4	Kritische Anfragen an das hippokratische Ethos	287
1.5	Ärzteethos und Suizidbeihilfe: Haltung der Ärzteschaft in der Schweiz	301
1.6	Zwischenfazit: Unvereinbarkeit der Suizidbeihilfe mit dem ärztlichen Ethos	307
2.	Ethos, Tugenden und Prinzipien	309
2.1	Das Verhältnis von Ethos und «common morality», Tugenden und Prinzipien	311
2.2	Die «Principles» und die ärztliche Suizidbeihilfe	326
3.	Schlussfolgerung: Suizidbeihilfe widerspricht dem ärztlichen Ethos	373

TEIL IV	ÄRZTLICHE SITTlichkeit UND SUIZIDBEIHILFE	375
1.	Rechtfertigungsversuch der Selbsttötung	379
1.1	Ontologisch-teleologische Begründung des Suizids?	379
1.2	Theologische Begründung des Suizids?	381
1.3	Hans Küngs exemplarische Argumentation und ihre Erwiderung	386
1.4	Fazit: Nicht-Rechtfertigung der Selbsttötung	398
2.	Alternative zur Suizidbeihilfe	401
2.1	Christus medicus: Überwindung der Einsamkeit	401
2.2	Lokale Gemeinschaften als Orte wechselseitiger Anerkennung	404
2.3	Wiederherstellung als Sinnmitte des ärztlichen Ethos	411
TEIL V	RESÜMEE UND WEITERFÜHRUNGSMÖGLICHKEITEN	415
1.	Zusammenfassung und Untersuchungsergebnis	417
2.	Weiterführungsmöglichkeiten der gewonnenen Einsichten	423
3.	Ein viertes Zukunftsszenario	427
	Abkürzungsverzeichnis	429
	Literatur	431
	Verzeichnis der Schemata	461

VORWORT

Die vorliegende Studie wurde vom Promotionsausschuss der theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. im Juli 2017 als Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Theologie angenommen. Sie liegt in dieser Publikation weitgehend unverändert vor. Lediglich in Teil I, wo die aktuelle Situation der Suizidbeihilfe in der Schweiz und ihren Nachbarländern dargelegt wird, wurden einige Informationen aktualisiert (insbesondere Publikationen der Suizidhilfeorganisationen über die Anzahl assistierter Suizide sowie ein Entscheid des deutschen Bundesverwaltungsgerichts über das Recht auf Suizidbeihilfe vom März 2017). Gleichzeitig wurden für die bessere Übersicht einige Beobachtungen, die nicht unmittelbar zur ärztlichen Suizidbeihilfe gehören, gekürzt. In Teil II, dem zentralen Kapitel über den Autonomiebegriff, wurden einige Literaturangaben aktualisiert, ohne dass es zu inhaltlichen Änderungen kam. Schließlich wurde die Gliederung in den einzelnen Kapiteln leicht verändert.

An dieser Stelle bleibt das Anliegen, allen zu danken, die mich in irgendeiner Art beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben. Erwähnen möchte ich Bischof Dr. mult. Felix Gmür, in dessen Auftrag ich meinem Wunsch, mich theologisch zu vertiefen, nachkommen durfte. Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff danke ich für die fundierte Begleitung dieses Promotionsprojektes. Danken möchte ich Prof. Dr. Daniel Bogner sowie Prof. Dr. Markus Zimmermann für die Aufnahme dieser Arbeit in die Reihe der Studien zur theologischen Ethik und Ute Heimbürger für die angenehme Zusammenarbeit bei der Publikation.

Meinen Eltern und den Dominikanerinnen von Bethanien danke ich für ihre vielfältige Unterstützung. Als wichtig und fruchtbar verdanke ich den Austausch mit den Dozierenden des ITL Basels und den Geschwistern der Gemeinschaft Chemin Neuf. Der erste und letzte Dank gebührt dem dreieinigen Gott, dem mein Leben gehört. In Seiner Freundschaft liegt der Grund meines Lebens.

Abbaye de Melleray, im März 2018

Stefan Buchs

EINLEITUNG

Ziel dieser Arbeit ist die Klärung der Frage, ob die Suizidbeihilfe mit dem ärztlichen Ethos vereinbar ist. Die Antwort fällt negativ aus: Die Suizidbeihilfe ist mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar, da sie im Kern der Autonomie des Suizidwilligen widerspricht. Vielmehr belässt die Suizidbeihilfe den Suizidenten¹ in seiner radikalen Einsamkeit. Sie vergrößert zudem die Einsamkeit der Personen im Umfeld. Die Suizidbeihilfe widerspricht damit dem ärztlichen Ethos und der persönlichen Sittlichkeit der Ärztin. Der eigentliche, dem ärztlichen Ethos entsprechende Auftrag, so die Grundthese dieser Arbeit, ist die Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit der Patientin. Im Bereich der Sterbehilfedebatte ist die *Palliative Care* eine dem ärztlichen Ethos entsprechende Antwort auf die Problematik, die zum Suizidwunsch führt. Die *Palliative Care* beginnt mitten im gesunden Leben.

Diese Thesen werden auf dem Hintergrund der schweizerischen Situation erörtert und begründet. Die ärztliche Suizidbeihilfe wird in der Schweiz seit mehreren Jahrzehnten praktiziert und die Diskussion darüber erfasst alle Gesellschaftsschichten. Die Multikulturalität und die Viersprachigkeit der Schweiz zeigen, dass das Ärzteethos in der globalisierten Welt nicht auf eine Binnensituation beschränkt werden kann und dass die daraus gezogenen ethischen Schlussfolgerungen auf eine universale Gültigkeit zielen. Deshalb wurden Diskussionsbeiträge aus unterschiedlichen Kultur- und Sprachräumen gewählt. Die biomedizinische Ethik in Europa ist stark vom angelsächsischen Denken geprägt, weshalb in der vorliegenden Arbeit die englischsprachige Literatur ausführlich berücksichtigt wird. Autoren wie Peter Singer, Helga Kuhse, Gerald Dworkin, Joel Feinberg, Tom L. Beauchamp und James F. Childress legen den Schwerpunkt auf das autonome individuelle Selbst, ohne den Begriff und den eigentlichen Sinn der Autonomie vertiefter zu hinterfragen. Deutschsprachige Ethiker wie beispielsweise Gian-Domenico Borasio², Giovanni Maio und Jan P. Beckmann unterstreichen den Wert zwischenmenschlicher Beziehungen und der Fürsorge. Die Berücksichtigung französischer Philosophen erweitert diese Vielfalt der Denkrichtungen. So zeigt Paul Ricoeur in der Hermeneutik des Selbst als einem Anderen die Bedeutung, nach dem Träger der Autonomie zu fragen (‘Wer ist der Mensch?’), bevor der Begriff der Autonomie näher bestimmt wird. Alain Ehrenberg verweist auf gesellschaftspolitische Unterschiede zwischen den USA (Autonomie als Freiheit von staatlicher Bevormundung) und Europa, insbesondere Frankreich (der Staat ermöglicht das autonome Handeln des Bürgers). Das Zuviel an Autonomie überfordert jedoch den Menschen und stürzt ihn in die Depression. Michel Malherbe

1 Zum einfacheren Lesen wird in der Regel entweder die feminine oder maskuline Form von Ausdrücken wie «Ärztin» oder «Patient» gewählt, wobei das andere Geschlecht mitgemeint ist. Die Geschlechterwahl erfolgt willkürlich.

2 Gian-Domenico Borasio, gebürtiger Italiener, ist gegenwärtig Professor für Palliativmedizin in Lausanne. Damit kommt ihm eine Brückenfunktion zwischen unterschiedlichen Sprachen und Kulturen zu.

steht für die existentielle und philosophische Suche, wie er in seiner an Alzheimer erkrankten Frau, die scheinbar jegliche Autonomie verloren hat, dieselbe Person erkennen kann, die er einmal geheiratet hatte.

Für die Diskussion um die Terminologie in der Sterbehilfedebatte wird insbesondere auf Anne-Kathrin Habicht und den Vorschlag des Deutschen Nationalen Ethikrates Bezug genommen. Als Ausgangslage für das erarbeitete Personenverständnis ist Edith Steins Vorstellung der Person entscheidend, um dieses nachher mit Paul Ricœur weiter zu entwickeln. Für die Darstellung der hippokratischen Tradition werden vor allem Charlotte Schubert, Walter Bruchhausen und Florian Steger ausführlich herangezogen.

Kirchliche Dokumente und Stellungnahmen werden zu Beginn der Untersuchung erläutert. Sie zeigen eine leicht unterschiedliche Haltung zwischen katholischem Lehramt (mit einer unbedingten Ablehnung der Suizidbeihilfe) und der evangelischen Perspektive (mit einer vorsichtigen Ablehnung der Suizidbeihilfe unter Berücksichtigung des persönlichen Gewissensentscheides). Lehramtliche Begründungsstrukturen werden in dieser Arbeit nicht wiederholt. Vielmehr geht es auf der Basis des katholischen Glaubens um eine Auseinandersetzung mit säkularen Argumentationsformen, um auf diese Weise den Dialog mit einer weitgehend kirchenfernen Gesellschaft zu ermöglichen. Aus diesem Grund wird im primären Argumentationsgang auf keine moraltheologischen Entwürfe Bezug genommen.

Als ernsthafte Suche nach einer Antwort auf die Dramatik des Suizidwunsches wird mit Paul Ricœur danach gefragt, *wer der Mensch ist*³ (mit der Antwort, dass er ein Selbst ist, das immer schon auf die Andersheit verwiesen ist) und wie das menschliche Leben individuell und gemeinschaftlich gelingen kann. Dieser hermeneutische Ansatz, der stark durch die aristotelische Strebens- und Tugendethik geprägt ist, ermöglicht es, ein anzustrebendes Gut zu benennen, Handlungen als auf dieses Gut hin konvergierend oder nicht zu bestimmen und dennoch in Dilemma-Situationen offen für kreative Handlungsoptionen zu bleiben.

Die Argumente zugunsten der Suizidbeihilfe werden einerseits anhand der Stellungnahmen der Suizidhilfeorganisationen aufgezeigt (Erfahrungsberichte, Philosophinnen und Theologen dieser Organisationen), andererseits durch unterschiedliche philosophische Positionen, wie sie John Hardwig, Michael Cholbi, Dennis R. Cooley, Tom L. Beauchamp und James F. Childress vertreten, untermauert.

Die Gegenargumentation besteht in der Erarbeitung einer Anthropologie, ausgehend vom Personenverständnis Edith Steins und Paul Ricœurs, der genealogischen Darstellung des ärztlichen Ethos und einer theologischen Auseinandersetzung mit den Beiträgen des katholischen Theologen Hans Küng, also eines Befürworters der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe.

3 Die Wer-Frage zeigt, dass es in erster Linie nicht um eine biologische Bestimmung des Menschen geht, sondern dass der Mensch als autonome Person im Zentrum der Abhandlung steht.

In der Frage nach dem Inhalt des ärztlichen Ethos steht für Autoren wie Robert M. Veatch, Tom L. Beauchamp und James F. Childress, die mit dem Kennedy Institute of Ethics an der Georgetown University verbunden sind, hauptsächlich der Schutz der individuellen Patientenrechte vor paternalistischen Übergriffen im Vordergrund. Die Medizinhistoriker und -ethiker Walter Bruchhausen, Heinz Schott, Giovanni Maio, der Philosoph Robert Spaemann und der Moraltheologe Franz-Josef Bormann legen den Akzent hingegen auf den Lebensschutz respektive die Tötungsverbote.

Die Arbeit ist in vier Hauptteile gegliedert. Der erste Teil erläutert nach der Darstellung der Ausgangssituation und der präzisen Erläuterung der Frage den schweizerischen Kontext. Die ärztliche Suizidbeihilfe ist Teil der Sterbehilfedebatte. Allerdings sind die Begriffe oftmals unklar, weshalb die unterschiedlichen Bereiche der Sterbehilfe benannt und erläutert werden. Dazu gehören auch philosophische und ethische Überlegungen, welche die Relevanz der sprachlichen Regelungen aufzeigen, worauf definiert werden kann, was unter (ärztlicher) Suizidbeihilfe verstanden wird. Philosophische, kirchlich-theologische und empirische Befunde helfen zur weiteren Kontextualisierung der Fragestellung, deren Bedeutung anhand dreier Zukunftsszenarien klargemacht wird. Weiter erfolgt ein Überblick über straf-, zivil- und standesrechtliche Bestimmungen in der Schweiz sowie die wichtigsten Regelungen zur Suizidbeihilfe in den angrenzenden Ländern. Die Beschreibung der Praxis der Suizidhilfeorganisationen und anderer Beteiligter mit einem Fokus auf den ärztlichen Beitrag schließen Teil I ab. Im Fazit werden die aufgetretenen ethischen Bedenken erläutert und die drei weiteren Hauptteile eingeleitet.

Die Untersuchung in Teil I ergibt als ein erstes Zwischenresultat, dass die primären Gründe für die gewünschte Suizidbeihilfe in der Angst vor Autonomie- und Würdeverlust sowie einer empfundenen Einsamkeit zu suchen sind. Schmerzen scheinen dagegen zweitrangig zu sein. In Bezug auf das Ethos wird festgehalten, dass dieses nach dem ‚guten Leben‘ fragt: Gibt es etwas den Menschen Gemeinsames, das erfüllt sein muss, um von einem gelingenden Leben zu sprechen?⁴

Deshalb wird in Teil II der Frage nach dem Menschen nachgegangen. Etlliche bioethische Positionen unterscheiden zwischen Mensch- und Personsein. In dieser Denkweise wird jemand, der seine Selbstständigkeit verliert, weiterhin als Mensch, aber nicht mehr als Person behandelt. Diese Perspektive steht aber in Widerspruch zu einem christlichen Menschenbild. Der zweite Teil legt deshalb ausführlich dar, warum jedem Menschen stets der Personenstatus zuzuschreiben ist. Die Begründung einer diachronen personalen Identität erfolgt mit Bezug auf das

4 Fabian Kliesch stellt die entscheidende Frage, wo methodisch anzusetzen sei, um in einer pluralistischen Welt ein repräsentatives ärztliches Ethos zu beschreiben (vgl. F. KLIESCH, *Das Ethos der Bundesärztekammer. Eine Untersuchung ihrer Verlautbarungen zu Themen des Lebensanfangs und Lebensendes*, Göttingen 2013, 63). Die Antwort, die in dieser Arbeit gefunden wird, lautet: beim Menschen.

Konzept einer narrativen Identität, das Paul Ricœur in seinem Spätwerk *Das Selbst als ein Anderer*⁵ entworfen hat. Der Mensch bleibt zeitlebens Person, weil er seine eigene Geschichte erzählen kann. Für die Momente seines Lebens, die durch Vergessen oder Krankheit außerhalb seiner eigenen Erzählung liegen, erfährt sich die betroffene Person bezeugt in der Begegnung mit anderen Menschen, welche diese Phasen ihrer Lebensgeschichte für sie erzählen. Dieser Ansatz verdeutlicht den eigentlichen Auftrag des Menschen, nämlich seine eigene Einsamkeit zu verlassen und in Beziehung mit anderen zu treten. Die kritische Auseinandersetzung des (ethisch und gesellschaftlich) etablierten Verständnisses des Autonomiebegriffs kommt mit Jan P. Beckmann zum Ergebnis, dass jede Person – unabhängig von ihrer aktuellen Fähigkeit, die Vernunft zu gebrauchen – autonom ist. Als autonomes Selbst gibt sich der Mensch das Gesetz, die eigene Einsamkeit zu überwinden, um so, wiederum mit Paul Ricœur, Selbstschätzung und Selbstachtung zu erfahren.

Im dritten Teil werden die Erkenntnisse aus den Teilen I und II miteinander verbunden und mit dem ärztlichen Ethos verglichen. Zunächst wird die Genese des ärztlichen Ethos mit seinen Ursprüngen im Hippokratischen Corpus ausführlich beschrieben. Danach werden die Verlautbarungen des Weltärztebundes, hauptsächlich in Bezug auf die ärztliche Suizidbeihilfe, und die Gründe für den Ruf nach einem Eid in der Schweiz untersucht. Die Kritik am gegenwärtigen ärztlichen Ethos wird vor allem in der Diskussion der Position von Robert M. Veatch dargestellt. Schließlich wird die Haltung der Ärzteschaft in der Schweiz zur Suizidbeihilfe erläutert. Im Ergebnis zeigt sich deutlich, dass die Suizidbeihilfe dem ärztlichen Ethos widerspricht. Zum selben Resultat führt die Untersuchung der Frage, ob auf der konkreteren Ebene der biomedizinischen Prinzipien die Suizidbeihilfe zu rechtfertigen sei. Dazu wird zunächst das Verhältnis zwischen Ethos, der allgemeinen Moral (common morality⁶), den Tugenden und den Prinzipien bestimmt. Danach werden die von Tom L. Beauchamp und James F. Childress formulierten biomedizinischen Prinzipien⁷ untersucht. Im Unterschied zur Schlussfolgerung der beiden genannten Ethiker resultiert hier eine Ablehnung der Suizidbeihilfe, weil sie gegen die personale Autonomie verstößt, das Prinzip des Nichts-Schadens verletzt, die wechselseitige Fürsorge zerstört und zudem in ungerechter Weise den Druck auf andere erhöht, sich in einer ähnlichen Situation ebenfalls das Leben zu nehmen.

In Teil IV wird schließlich gefragt, ob die in einem privaten Rahmen durchgeführte ärztliche Suizidbeihilfe der ärztlichen Sittlichkeit (griechisch *ēthos*) entsprechen kann. Im Blick sind Ausnahmesituationen, in denen eine Ärztin als Privatperson handelt, dafür aber Mittel benötigt, die Nicht-Ärztinnen verwehrt sind.

5 P. RICŒUR, *Das Selbst als ein Anderer*, München 2005.

6 Fremdsprachige Ausdrücke werden konsequent klein geschrieben, sofern sie nicht zum gängigen deutschsprachigen Gebrauch gehören.

7 Respekt vor Autonomie; Prinzip des Nicht-Schadens; Fürsorgeprinzip, Prinzip der Gerechtigkeit.

Als Alternative zur Suizidbeihilfe wird zum Schluss die Bildung lokaler Gemeinschaften vorgeschlagen. Die Idee gründet auf dem Handeln Jesu Christi, dürfte aber auch für Menschen außerhalb des christlichen Bekenntnisses nachvollziehbar sein. Diese Gemeinschaftsbildung geht vom Postulat der Subjektwerdung der Gläubigen aus, wie sie die «lokale Kirchenentwicklung», im deutschsprachigen Raum besonders durch Christian Hennecke und sein Team geprägt, fordert. Die Erkenntnisse werden auf die Gesellschaft mit dem Ziel übertragen, wechselseitige Anerkennung zu fördern und zur Überwindung von Einsamkeit beizutragen. Daraus ergibt sich ein Idealmodell der palliativen Betreuung, dessen Ausgestaltung im (gesunden) Alltag beginnt. Beweggründe zur Selbsttötung werden somit kleiner. Die eigentliche Mitte des ärztlichen Ethos, so das Endresultat, besteht in der Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit des Patienten.

TEIL I

HORIZONT DER FRAGESTELLUNG

Die Welt ist aus jüdisch-christlicher Sicht von Gott geschaffen und gewollt. Deshalb steht der Mensch als Teil dieser Schöpfung in einem a priori positiven Verhältnis zu ihr. Die Frage nach der Vereinbarkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe mit dem ärztlichen Ethos betrifft den Menschen in der Welt. Oder konkreter: Die Frage stellt sich für eine multikulturelle, multireligiöse, aber auch multiareligiöse Gesellschaft des 21. Jahrhunderts in der Schweiz. Daraus folgt einerseits, dass die kirchlich-theologische Perspektive auf der Suche nach einem Antwortvorschlag zu berücksichtigen ist. Andererseits steht der Antwortvorschlag unter der Auflage, dass seine Begründung auch für Menschen mit anderer Konfessions- oder Religionszugehörigkeit bzw. Weltanschauung grundsätzlich nachvollziehbar ist und sie ihm potentiell zustimmen können. Das bedeutet für die Hermeneutik dieser Arbeit, dass die Grundüberlegungen, Argumentationen und Schlussfolgerungen nicht von der Bejahung des christlichen Glaubens abhängen. Denn die Ethik ist die Lehre des gelingenden und damit guten Lebens, welches das Ziel jedes vernünftigen Menschen ist.

Dennoch handelt es sich nicht um eine philosophische oder soziologische Studie, sondern um eine theologische Arbeit. Das Proprium einer christlichen Ethik ist Jesus Christus selbst, in dessen Freundschaft die gläubige Christin auf die Welt blickt. Aus dieser Freundschaft heraus gestaltet sie ihre Beziehungen mit anderen Menschen und ihren Einsatz für die Welt, ohne jedoch andere Menschen christlich vereinnahmen zu wollen. Vielmehr geht es um eine Bezeugung der Freude, die das Leben aus der Freundschaft mit Jesus Christus schenkt. Aus dieser Freundschaft heraus kann sich die Christin ganz an die Welt verlieren, weil sie von ihm gehalten ist und wiedergefunden wird (um mit Ricoeur den im Folgenden zentralen Ausdruck *reconnaissance* einzuführen). Sie erfährt sich als durch und durch erkannt und anerkannt. Das ist die eigentliche Hermeneutik der moraltheologischen Frage nach der ärztlichen Suizidbeihilfe.

Auf der Grundlage dieser Hermeneutik bleibt es das Ziel, eine allgemeingültige Antwort zur Frage der Vereinbarkeit der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung mit dem ärztlichen Ethos vorzuschlagen. Die Freundschaft mit Christus erweitert die Perspektive dieses Vorschlags – vielleicht ähnlich einem Weitwinkelobjektiv im Verhältnis zu einem normalen Objektiv. Die beiden Objektive dürfen aber nicht vermischt werden. Es ist immer klar zu bezeichnen, welches aufgesetzt ist. Das Resultat bildet aber nicht zwei Bilder, sondern dasselbe Thema als ein Ganzes. So hängt die Zustimmung zur theologischen Argumentation (also zum Weitwinkel) zwar von der Annahme der Glaubensüberzeugung ab, ihre Argumentationsform bleibt aber allen Menschen grundsätzlich einsichtig. Die eigentliche Untersuchung zum ärztlichen Ethos (das «normale» Objektiv) ist aber nicht an eine Glaubensrichtung oder Weltanschauung gebunden, sondern vernünftig begründet. Deshalb gilt hier der Anspruch, dass in Geltung der Argumente eine universale Zustimmung möglich ist. Um diese beiden Objektive so gut wie möglich zu unterscheiden, wird im Verlauf dieser Arbeit immer ausdrücklich erwähnt, wenn es sich um eine explizit theologische Argumentation handelt.

1. SITUIERUNG UND ERLÄUTERUNG

1.1 Makro-Kontext der Untersuchung

Die gegenwärtigen Schlagzeilen sind geprägt von Krieg, Terror und Flüchtlingswellen. Terroranschläge, Drohungen und Naturkatastrophen verunsichern viele Menschen. Während die Reichen immer reicher werden, muss eine große Anzahl Menschen ohne das Lebensnotwendigste auskommen. Weltweit leben noch immer über 700 Millionen Menschen ohne Zugang zu sauberem Trinkwasser – fast die Hälfte davon in Schwarzafrika.¹

In anderen Gegenden, vor allem in Westeuropa, in Nordamerika oder Japan, ist der Lebensstandard für viele Menschen so hoch wie nie zuvor. Die Freizeit nimmt einen großen Teil des Lebens in Anspruch. Etliche können sich Urlaub in den entferntesten Orten leisten. Medizin und Pharmazie machen es nicht nur möglich, das persönliche Fettpolster zu verkleinern oder Gesichtsfalten zu glätten, sondern ebenso mit High-Tech-Geräten Menschen, deren Herz nicht mehr schlägt oder die bewusstlos sind, Jahrzehnte am Leben zu erhalten. Und im Alltag tragen die ausgewogenen Ernährungsmöglichkeiten, ärztliche Betreuung und gutes Wohnen dazu bei, dass die Lebenserwartung kontinuierlich steigt – und mit ihr auch Gebrechen, Leiden und Krankheiten des hohen Alters.²

In diesen «westlichen» Gesellschaften gibt es viele Menschen, die sich aus unterschiedlichen Gründen das Leben nehmen. In den reichen Ländern ist einer der Gründe der hohe Lebensstandard, der es ermöglicht, Krankheiten zu durchleben, die noch vor zwei Generationen wesentlich früher den Tod zur Folge hatten. Mit diesen Krankheiten sind oftmals starke Leiden und Schmerzen, vor allem aber psychische Nöte und hoher Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen verbunden.³ Die zunehmende Lebenserwartung bedeutet für viele Menschen auch Demenzerkrankung, Hör- und Sehverlust und ständige Bettlägerigkeit.⁴ Das Leben wird dann vielfach als lästig, ja unwürdig, erachtet und der Tod wird herbeigesehnt. Dazu fühlen sich viele Hochbetagte einsam und verlassen. Die gefor-

1 Vgl. WHO, *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs. Sustainable development goals*, Geneva 2016, 88 f.

2 Dazu gehören die «normalen» Altersgebrechen wie Muskel- und Gelenkschmerzen, Abnahme der Sehkraft und des Gehörs, Alterszucker, Herz-Kreislaufkrankungen etc.; psychische Leiden wie Einsamkeit, Leiden unter Verlust der Selbstständigkeit usw., die zu Altersdepressionen führen können.

3 In der Schweiz sind die Gesundheitskosten (kaufkraftbereinigt) pro Kopf von CHF 6'713 im Jahr 2003 um knapp 30 % auf CHF 8'725 im Jahr 2013 angestiegen. Das entspricht 11,1 % des BIP (vgl. Bundesamt für Gesundheit, *Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung*, Ausgabe 2015, Bern 2015, 2). Die steigenden Krankenkassenprämien führen zu stetigen Diskussionen. Hat die durchschnittliche Person im Jahr 2003 rund CHF 2'868 Jahresprämie bezahlt, waren es 2012 bereits CHF 3'686 (vgl. ebd. 2).

4 2015 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung in der Schweiz 83 Jahre, davon sind 73 als gesund zu erwarten (vgl. WHO, *Health statistics*, 110).

derten Ressourcen für die Betreuung und Pflege sind enorm.⁵ Diese Faktoren führen dazu, dass es immer mehr Menschen als human und vernünftig erachten, in bestimmten Situationen aufgrund eines (vermeintlichen?) Autonomieverlustes durch Selbsttötung (normalerweise ärztlich assistiert) aus dem Leben zu scheiden.⁶ So kommt es zur Frage, die diese Untersuchung leitet: *Ist Suizidbeihilfe mit dem ärztlichen Berufsethos vereinbar?*

5 In der Schweiz wurden im Jahr 2014 in Pflegeheimen rund 32,6 Mio. Pfl egetage geleistet. 2012 waren es noch 31,5 Mio. Dazu kamen 12,8 Mio. Pfl egestunden der Spitex. 2012 waren es 11,3 Mio. (vgl. BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, *Taschenstatistik 2015*, 1). Spitex ist die Pflege und Hilfe für ältere Menschen, die noch zu Hause wohnen und relativ selbstständig sind. Diese Feststellungen werden in Teil III, Punkt 2.2.4 wieder aufgenommen.

6 Eine repräsentative Umfrage von 2014 zeigt, dass 68 % der Befragten für den sog. Altersfreitod sind. Suizidbeihilfe wird also auch für ‚gesunde‘ alte Menschen mehrheitlich bejaht. 77 % stimmten der Aussage zu, dass der Mensch für sich selbst und somit auch für sein Sterben verantwortlich sei (vgl. R. KRAMM, *Bevölkerung will Alterssuizid erlauben*, in: reformiert (2014)). Eine Befragung mit unterschiedlichen Fallbeispielen (Menschen unterschiedlichen Alters mit verschiedenen Krankheiten, aber kein ‚Altersfreitod‘) hat 2010 eine Zustimmung in der Schweizer Bevölkerung zum assistierten Suizid zwischen 59–80 % (je nach Fallbeispiel) ergeben (vgl. C. SCHWARZENEGGER U. A., *Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält. Erste Resultate einer repräsentativen nationalen Befragung*, in: Jusletter 11 (2010): RZ 20, Abbild. 2; (kritisch lässt sich zurückfragen, wie die Antworten ausgefallen wären, wenn den Befragten entsprechende Alternativen [z. B. palliative Versorgung] vorgestellt worden wären). Der Altersfreitod wurde 2010 von einer Mehrheit der Befragten abgelehnt: «Gegenüber der Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen bei einem Patienten ohne körperliches Leiden, der bei klarem Verstand nicht mehr weiterleben möchte, war die Allgemeinbevölkerung skeptisch eingestellt, wie der niedrige Mittelwert von 3,9 auf einer Zehner-Skala zeigt. Daraus lässt sich schließen, dass eine Mehrheit ein Verbot von Sterbehilfe für ‚Lebensmüde‘ unterstützt» (ebd.: RZ 33).

1.2 Erläuterungen zum Ethos

Das Wort Ethos ist nicht unbedingt klar und muss deshalb näher erläutert werden. Ethos meint ursprünglich «gewohnter Aufenthaltsort» oder «der Natur entsprechende Lebensform».⁷ Die Kultur und die Individualität füllen diese Lebensform aus und bilden das Ethos. Bereits in der griechischen Antike werden Bedeutungsunterschiede erkennbar, indem das «ethos» (ἔθος, dt. Ethos) die Gewohnheiten und Sitten, das «ēthos» (ἠθος, dt. Sittlichkeit) den persönlichen Charakter und die individuelle Einstellung bezeichnet. Das Ethos umfasst diejenigen Normen, die in einer bestimmten Gruppe oder Gesellschaft als gültig anerkannt werden. Somit ist es «Ausdruck der Sittlichkeit einer Gemeinschaft»⁸, deren Normen folglich intersubjektiv anerkannt sind, das entsprechende Handeln bestimmen und mit einer sozialen Rolle, wie z. B. einem Beruf, oder anderen Sonderformen (bspw. einer religiösen Gemeinschaft) verknüpft werden können.

Damit weisen die moralischen Grundsätze, welche die konkrete Person als Habitus bzw. Haltung⁹ übernimmt, bereits einen Praxisbezug auf. Das Ethos verbindet die individuelle und kollektive Sittlichkeit und prägt das Weltverständnis der jeweiligen Gemeinschaft bzw. Gesellschaft. Die daraus entspringenden idealen Lebensentwürfe geben der einzelnen Person wiederum Halt und Orientierung. Allerdings kann das konkrete Individuum auch Vorstellungen des guten Lebens entwickeln, die vom Ethos abweichen, was zu Spannungen und Konflikten führt.¹⁰ Geschieht dies bei mehreren Personen, kann sich das Ethos weiterentwickeln. Ein Ethos ist demnach keine statische oder von der konkreten Lebenswelt gänzlich abstrahierbare Größe, sondern geschichtlich gewachsen und tradiert. Dennoch übertrifft es vom Anspruch her den Status einer gemeinsamen Konvention. Es

7 Vgl. zu «Ethos» insb. die Lexika-Beiträge von: D. LANZERATH, *Ethos*, in: D. STURMA/B. HEINRICH (Hg.), *Handbuch Bioethik*, Stuttgart 2015; O. HÖFFE, *Moral*, in: DERS. (Hg.), *Lexikon der Ethik*, München 2008; W. KLUXEN, *Ethos*, in: W. KORFF/L. BECK/P. MIKAT (Hg.), *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 2000. Vgl. zusätzlich A. MERKL, *Ärztliches Ethos – gegenwärtige Herausforderungen ärztlichen Handelns*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 62 (2016); F. KLIESCH, *Ethos*, insb. 59–64; K. HUNSTORFER, *Ärztliches Ethos. Technikbewältigung in der modernen Medizin?*, Frankfurt a. M. 2007, 14–22; A. PIEPER, *Einführung*, 24–42. Aus dem hier dargelegten Verständnis von Ethos ist ein pluralistisches Ethos nicht möglich (vgl. K. HUNSTORFER, *Ärztliches Ethos*, 19). Eher ist von verschiedenen Etha, die nebeneinander bestehen, zu sprechen. Das entspricht Merkl's Feststellung, dass gerade in der Medizin nicht mehr von *einem* ärztlichen Ethos gesprochen werden könne, da die Zielsetzung der kurativen und der wunscherfüllenden Medizin sehr unterschiedlich seien (vgl. A. MERKL, *Ärztliches Ethos*, 207). Auf der Ebene der Ausdifferenzierung des Ethos ist ihm zuzustimmen. Doch gelten die sieben Punkte, die in Teil III in der Untersuchung der Wirkgeschichte des Hippokratischen Ethos herausgearbeitet werden, für die gesamte Ärzteschaft. Zusätzlich ist die Trennung von wunscherfüllender und kurativer Medizin nicht immer klar.

8 D. LANZERATH, *Ethos*, 35 (H. i. O.).

9 Lanzerath spricht sogar von «Lebensform» (ebd. 35).

10 Was nach Freud zu Neurosen führen kann. Darauf wird in Teil II, Punkt 4.4 in Zusammenhang mit Alain Ehrenbergs These zur gesellschaftlichen Depression und Autonomie weiter eingegangen.

zielt auf objektive Richtigkeit und Gültigkeit. Damit verbunden ist eine Ansicht, wie das Leben individuell und gemeinsam gut gelingen kann. Deshalb ist das Ethos verbindlicher und stabiler als eine Leitlinie oder Musterberufsordnung und gleichzeitig stark der modernen Kritik ausgesetzt, da viele Akteure einer pluralen Gesellschaft die Möglichkeit gemeinsamer Normen und Tugenden ablehnen. Konkret haben bspw. Ärztinnen und Ärzte in der heutigen Zeit unterschiedliche Vorstellungen eines guten Lebens, was zwar zuerst ihre persönliche Sittlichkeit (griech. *ēthos*) betrifft, aber auch ihre Vorstellung des ärztlichen Ethos beeinflusst. Deshalb wird immer wieder die Meinung vertreten, dass nur noch gemeinsame Verfahrensregeln eine gemeinsame Basis bilden können. Allerdings funktioniert diese Strategie nur, solange diese Regeln als gerecht empfunden werden, was wiederum eine gewisse Vorstellung des gelingenden Lebens voraussetzt.

Die Vielzahl von Formen des Ethos findet ihre Einheit in der Menschlichkeit bzw. in der menschlichen Natur und den damit verbundenen Grundbedürfnissen. Die menschliche Natur bildet die Grenze des Handlungsfeldes, die das Ethos bestimmt. Natur meint hier nicht einen Gattungsbegriff, sondern das (mögliche) Lebensalter, den Gesundheitszustand, das Leistungsvermögen etc. Die Berücksichtigung dieser natürlichen Gegebenheiten verhilft, das konkrete Handeln vernünftig zu gestalten. Allerdings fällt diese Grenze nicht mit der ethischen Norm zusammen. Die Natur bietet hier aristotelisch betrachtet als ‚erste Natur‘ die Geltungsbedingungen. Die Norm folgt in der ‚zweiten Natur‘, die eine gestaltete und interpretierte Natur ist. Dieses Konzept geht davon aus, dass Menschen ihre Gründe für die gemeinsame Lebenspraxis in Hinblick auf ein gelingendes Leben in vernünftiger Form austauschen. Das Ethos bindet damit die Vernunft an die Natur.

Die Frage nach der menschlichen Natur beschäftigt die Bioethik vor allem dann, wenn es um Human Engineering und Human Enhancement geht. Weniger wissenschaftlich formuliert: Wo wird die Grenze des Humanen überschritten und ein Zombie geschaffen?¹¹ In der konkreten Untersuchung zur ärztlichen Suizidbeihilfe wird diese Frage im Bereich der Therapien am Lebensende gestreift: Welche medizinischen Maßnahmen sind überhaupt sinnvoll? Zusätzlich ist zu beantworten, inwieweit die Suizidbeihilfe überhaupt mit dem Wunsch nach einem gelingenden Leben vereinbar ist (was die Voraussetzung bildet, um überhaupt Teil des ärztlichen Berufsethos zu werden). Diesen Überlegungen wird in Teil II Folge geleistet, in welchem es darum geht, die menschliche Person in ihren Grundzügen zu bestimmen. Das dynamische Menschenbild, das dabei vertreten wird, schließt die Gefahr eines naturalistischen Fehlschlusses in Hinblick auf die Bestimmung des guten Lebens aus.

11 Vgl. dazu insb. ebd. 37 f. Damit verbunden ist die umstrittene Frage, was zur Natur des Menschen gehört. Zur Diskussion in Hinblick auf die Bioethik vgl. u. a. den Sammelband G. MAIO/J. CLAUSEN/O. MÜLLER, *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*, Freiburg i. Br./München 2008.

In der Reflexion eines Berufsethos (wie es das ärztliche Ethos ist), geht es darum, die Mittel, Rollen, Ziele und Arbeitsfelder in Hinblick auf ihre moralische Bedeutung zu erfassen und auf ihren Praxisbezug zu überdenken.¹² Gerade weil es sich beim Ethos *nicht* um eine inhaltliche Stellenbeschreibung oder eine subjektive Auffassung der Berufsaufgabe handelt, ist auch die theologisch-ethische Perspektive für die Antwortsuche relevant. Gewachsene Wertvorstellungen, Überzeugungen und moralische Reflexionen der ganzen Gesellschaft, d. h. der Ärzte und all ihrer «Stakeholders» tragen zum Berufsethos bei. Andererseits sind es gerade neue technische und gesellschaftliche Entwicklungen, die das Ethos herausfordern, die ein Überdenken der bisherigen Haltung verlangen und damit eine Fortentwicklung des Ethos bedingen: Wie gelingt das Leben unter diesen konkreten Umständen? Auch dieser Faktor ist in der Medizin offensichtlich: Durch die enorme Erweiterung von Behandlungsmöglichkeiten stellen sich Probleme, die man vor 50 Jahren noch nicht einmal erahnte. In Hinblick auf das ärztliche Ethos stellt sich sodann die Frage, ob die Mittel auf konkrete Ziele wie die Erhaltung der Gesundheit oder Heilung von Krankheiten gerichtet sind oder ob die Handlungsziele erweitert werden können, z. B. auf die Suizidbeihilfe zwecks Schmerzlinde- rung. Für einige ist die Antwort «Ja», andere sind der Ansicht, dass damit die Grenze des ärztlichen Berufsethos überschritten werde. Damit ist der Kern der Fragestellung dieser Arbeit erreicht.

12 Vgl. A. MERKL, *Ärztliches Ethos*, 205. Die Ziele der Medizin werden in dieser Arbeit nicht infrage gestellt. Es sind dies 1. die «Krankheits- und Unfallprävention sowie Förderung und Erhaltung der Gesundheit»; 2. «Bekämpfung von Schmerzen und Leiden», verursacht durch eine Krankheit; 3. «Versorgung (care) und Heilung von Kranken sowie die Versorgung der Nicht-Heilbaren»; 4. «Verhindern eines vorzeitigen Todes sowie Streben nach einem friedvollen Tod» (alle Zitate: G. MAIO, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Stuttgart 2012, 174, der die Auflistung von Johannes Fischer übernommen hat).

2. SPRACHLICHE REGELUNGEN, NORMATIVE KONSEQUENZEN

Noch ausführlicher als das Wort Ethos muss dargelegt werden, was genau unter ärztlicher Suizidbeihilfe zu verstehen ist. Noch im Herbst 2016 verwendet die Todesursachenstatistik des Bundes das Wort «Sterbehilfe» als Synonym für assistierten Suizid.¹ Das ist sehr verwirrend, denn zusätzlich werden Begriffe wie «aktive» und «passive» Sterbehilfe oft ohne nähere Erläuterung verwendet. Dabei handelt es sich nicht um Suizidbeihilfe. Und wer jemandem in der Sterbestunde beisteht, hilft auf nicht-medizinische Art ebenso beim Sterben. Die Sprachliche Klärung und Regelung ist daher wichtig. Das gilt umso mehr, als dass diese Ausdrücke immer auch normative Aspekte beinhalten.²

2.1 Sterbebegleitung

Jemandem in seinen letzten Stunden beistehen ist eine moralische Pflicht. In einer klassischen Variante heißt das, am Sterbebett zu wachen, die nötige Pflege zukommen zu lassen, mit der sterbenden Person und für sie zu beten und ihr somit beim Sterben zu helfen.³ Diese Aufgaben fasst der Deutsche Nationale Ethikrat unter dem Begriff Sterbebegleitung zusammen. Dabei werden im Unterschied zum klassischen Verständnis (intensiv-)medizinische Maßnahmen nicht ausgeschlossen.⁴ Die Sterbebegleitung ist demnach sowohl eine Aufgabe für Nichtme-

1 Vgl. BUNDESAMT FÜR STATISTIK, *Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. Todesursachenstatistik 2014*, Neuenburg 2016, 2.

2 Dabei gilt, «dass Begriffsdefinitionen nie vollständig neutral oder rein deskriptiv sind, sondern dass stets mit rechtlichen, ethischen, kulturellen und hier auch medizinischen Konnotationen zu rechnen ist, die im besten Fall transparent gemacht und zur Sprache gebracht werden». (M. ZIMMERMANN, *Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen. Ähnlichkeiten und Differenzen*, in: K. HILPERT/J. SAUTERMEISTER (Hg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*, Freiburg i. Br. 2015, 81; vgl. insg. ebd. 80–83).

3 Ähnlich Franz Böckle: «Sterben ist ein Stück Leben. [...] Der Beistand, den wir den Sterbenden leisten, ist daher immer ein Stück Lebenshilfe, eine Hilfe im letzten beschwerlichen Stück unseres Lebens.» (F. BÖCKLE, *Menschenwürdig sterben*, Zürich/Einsiedeln/Köln 1979, 27). Aus dem Kontext wird ersichtlich, dass es Böckle hier nicht zuerst um medizinische Maßnahmen geht. Um die Begrifflichkeiten jedoch klar zu halten, wird für diese Art von Sterbehilfe die Bezeichnung Sterbebegleitung verwendet.

4 «Mit dem Begriff der Sterbebegleitung sollen Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet werden. Dazu gehören körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen gewährt werden. Ihr Ziel muss es sein, die Fähigkeit des Patienten, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich, für den Betroffenen erträglich und von ihm gewollt ist.» (NATIONALER ETHIKRAT, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin 2006, 53). Wird unter der Linderung von Atemnot bspw. eine Intubation verstanden, handelt es sich um einen intensiv-medizinischen Eingriff. Generell ist die klare Unterscheidung von Sterbebegleitung und Sterbehilfe in einer Zeit, in der die meisten Menschen im Spital sterben, immer schwieriger.

diziner wie auch für Ärztinnen und gehört damit in den Bereich des ärztlichen Ethos.⁵

2.2 Palliative Betreuung

Die so genannte Palliative Care bietet auf hoch professionellem Niveau über die klassischen Aufgaben der Sterbebegleitung hinaus eine umfassendere Betreuung.⁶ Sie richtet sich an Menschen mit lebensbedrohlichen resp. unheilbaren Krankheiten und deren Familien. Neben der optimalen Linderung von Leiden wird auch auf spirituuell-religiöse, soziale, geistige und sogar kulturelle Aspekte eingegangen. Ärztinnen arbeiten deshalb intensiv mit Sozialarbeitern, Seelsorgerinnen, Pflegefachkräften, Psychologen, Kunsttherapeutinnen etc. zusammen.⁷ Zu dieser interdisziplinären Vernetzung gehört der Einbezug von Hausärzten, Spitex und Seelsorgern des Wohnortes und den entsprechenden Personen eines Hospizes. Dabei ist es wichtig, die Spezialisten der Palliative Care frühzeitig beizuziehen, ev. parallel zu kurativen Maßnahmen.⁸ Die palliative Betreuung kann stationär oder ambulant erfolgen. Damit verbunden ist die rechtzeitige Sorge um einen Platz in einem Hospiz.

Es geht bei der Palliative Care nicht zuerst um heilende Eingriffe, sondern um die Linderung von qualvollen Symptomen wie Angstzuständen, Schmerzen, Atembeschwerden oder Übelkeit. Die Prioritäten des Patienten stehen im Mittelpunkt, weshalb die Betreuung auch religiöse oder ganz alltäglich-praktische Bereiche umfasst (z. B. Hilfe bei der Organisation der Unterbringung der Kinder, wenn eine junge Mutter im Endstadium einer Krebserkrankung ist). Dazu gehört ebenso die Betreuung der Angehörigen in ihrer Trauer und der Gestaltung des Abschieds.

Die palliative Betreuung stellt die Würde und die Selbstbestimmung der Patientin in den Mittelpunkt, das heißt, dass entsprechende Behandlungsvorschläge so ausgearbeitet werden, dass die Betroffenen aufgrund ihrer wirklichen Interes-

5 Vgl. F. THIELE, *Aktive Sterbehilfe. Eine kritische Prüfung einiger moralphilosophischer Einwände*, in: DERS. (Hg.), *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*, München 2010, 11.

6 Vgl. zur Darstellung der Palliative Care, wo nicht anders angegeben: C. BAUSEWEIN, *Sterben ohne Angst. Was Palliativmedizin leisten kann*, München 2015; H. NEUENSCHWANDER/C. CINA, *Handbuch Palliativmedizin*, Bern 2015; G. D. BORASIO, *Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen*, München 2014, insb. 37–94; 165–181; M. W. SCHNELL/C. SCHULZ, *Basiswissen Palliativmedizin*, Berlin 2014; SAMW, *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*, Basel 2013, 7 f.; SAMW, *Palliative Care*, Basel 2013. ‚Palliativ‘ kommt von lat. *palliare*: den Mantel umwerfen, einhüllen (vgl. C. BAUSEWEIN, *Sterben ohne Angst*, 39).

7 Vgl. insb. die entsprechenden Kapitel in M. W. SCHNELL/C. SCHULZ, *Palliativmedizin*, 201–214; 251–258.

8 Das betonen alle Palliativmediziner/innen (vgl. insb. C. BAUSEWEIN, *Sterben ohne Angst*, 49–54). Neben besseren Unterstützungsmöglichkeiten sowohl für die Patienten wie auch für die Familien können so viele nicht wirklich indizierte medizinische Eingriffe vermieden werden. Das wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus und führt sogar zu einer längeren Lebenszeit.

sen (Wertvorstellungen, Berücksichtigung der familiären Beziehungen, der biographischen Aspekte etc.) entscheiden können. Bei Neugeborenen und Kleinkindern betreffen diese Aspekte vor allem die Eltern. Dazu gehört eine ehrliche und einfühlsame Kommunikation. Generell sind Gespräche zwischen Betreuenden, der Patientin und ihrer Angehörigen ein zentraler Teil der Palliative Care.⁹

Auch in der Palliative Care kommt es zum so genannten Sterbenlassen und zu den Therapien am Lebensende. Diese und andere Begriffe der Sterbehilfe sind nun zu definieren.

2.3 Sterbehilfe im engen und im weiten Sinn

In der Literatur und der ganzen Debatte über medizinische Entscheidungen am Lebensende gibt es keine einheitliche Terminologie.¹⁰ Für die schweizerische Situation ist folgende Übersicht der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hilfreich, wenn auch im Folgenden terminologische Anpassungen an eine genauere Ausdrucksweise vorgenommen werden müssen:

Medizinische Entscheidungen am Lebensende (Sterbehilfe)	Todesart	Rechtlicher Status
Behandlungsverzicht und -abbruch in Übereinstimmung mit dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten (Sterbenlassen)	natürlicher Todesfall	legal
Behandlung von Schmerz und anderen Symptomen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung (Therapien am Lebensende)	natürlicher Todesfall	legal
Beihilfe zum Suizid	nicht natürlicher Todesfall	legal, falls keine eigennützigen Motive des Sterbehelfers: Art. 115 StGB
Tötung auf Verlangen	nicht natürlicher Todesfall	illegal: Art. 114 StGB
Tötung ohne ausdrückliches Verlangen	nicht natürlicher Todesfall	illegal, z.B. Art. 111 StGB und 113 StGB

Schema 1: Übersicht über die verwendete Terminologie¹¹

9 Vgl. ebd. 71–80.

10 Vgl. insb. A. HABICHT, *Sterbehilfe – Wandel in der Terminologie. Eine integrative Betrachtung aus der Sicht von Medizin, Ethik und Recht*, Frankfurt a. M./New York 2009, 99–101.

11 Für das Schema vgl. SAMW/FMH, *Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*, Basel 2013, 82 (H. i. O.); Anpassung an die Begrifflichkeit von: NATIONALER ETHIKRAT, *Selbstbestimmung*, 49–53, die in dieser Arbeit übernommen wird. Für einen Überblick über die ganze terminologische Diskussion vgl. A. HABICHT, *Sterbehilfe*; M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*, Freiburg i. Ue. 2002, 19–345. A. HABICHT, *Sterbe-*

Medizinische Entscheidungen am Lebensende bezeichnet die SAMW als Sterbehilfe im weiten Sinne; die Beihilfe zum Suizid und die aktive Sterbehilfe auf Verlangen zunehmend als Sterbehilfe im engen Sinne.¹² Für die hier vorliegende Arbeit muss die Einschränkung, dass es sich um Entscheidungen am Lebensende handelt, bei den oben erwähnten nicht natürlichen Todesfällen weggelassen, resp. präzisiert werden. Gerade in der aktuellen Diskussion um die Suizidbeihilfe in der Schweiz rücken zunehmend Situationen ins Zentrum, bei denen der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat (z. B. Alzheimerdiagnose, Lebenssattheit). Weiter können bei der Suizidbeihilfe wie der Tötung auf Verlangen auch nicht-medizinische Handlungen den Tod bewirken.¹³ Im Folgenden werden die oben verwendeten Begriffe präzisiert.

2.3.1 STERBENLASSEN/THERAPIEABBRUCH

Diese Form wird auch passive Sterbehilfe oder Behandlungsabbruch genannt. Beim Sterbenlassen resp. Therapieabbruch wird darauf verzichtet, eine lebenserhaltende, bzw. lebensverlängernde Maßnahme einzuleiten oder fortzuführen. Im

hilfe, 164 f., kritisiert, dass die herkömmliche Begrifflichkeit «passive Sterbehilfe» sowie «(in)direkte aktive Sterbehilfe» abstrakt und praxisfremd sei. Die hier vorgeschlagene Terminologie verwenden: P. DABROCK, *Bioethik des Menschen*, in: W. HUBER/T. MEIREIS/H.-R. REUTER (Hg.), *Handbuch der Evangelischen Ethik*, München 2015, 553–556; R. SPAEMANN/G. HOHENDORF/F. S. ODUNCU, *Vom guten Sterben. Warum es keinen assistierten Tod geben darf*, Freiburg i. Br. 2015; F. NAUCK/C. OSTGATHE/L. RADBRUCK, *Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Ärztlich assistierter Suizid*, in: Deutsches Ärzteblatt 111 (2014), Nr. A68-A71; ÖSTERREICHISCHE BIOETHIK-KOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT, *Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt*, Wien 2011. Die herkömmlichen Begriffe (aktive, passive Sterbehilfe etc.) werden immer noch verwendet, v. a. in der juristischen Literatur (vgl. z. B. C. SCHWARZENEGGER, Vor Art. 111, Art. 111–117, in: M. A. NIGGLI/H. WIPRÄCHTIGER (Hg.), *Strafrecht*, Basel 32013: Vor Art. 111 N 47, C. GRIMM, *Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe*, in: DEUTSCHES REFERENZZENTRUM FÜR ETHIK IN DEN BIOWISSENSCHAFTEN (Hg.), *Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte*, Freiburg i. Br./München 2009; P. VENETZ, *Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht*, Zürich/Basel/Genf 2008, 6–10). In der Schweiz brauchen sowohl die Regierung (vgl. bspw. BUNDESRAT, *Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Bericht des Bundesrates*, Bern 2011), das Bundesamt für Justiz (vgl. EJPD, *Organisierte Suizidhilfe: Vertiefte Abklärungen zu Handlungsoptionen und -bedarf des Bundesgesetzgebers*, Bern 2009; EJPD, *Ergänzungsbericht zum Bericht «Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?»*, Bern 2007; EJPD, *Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?*, Bern 2006) sowie kirchliche Kreise (vgl. F. MATHWIG, *Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive*, Bern 2007) nach wie vor die klassischen Begriffe. Dieselben Begriffe werden je nach Disziplin mit unterschiedlicher Konnotation verwendet (vgl. S. ROGGENDORF, *Indirekte Sterbehilfe. Medizinische, rechtliche und ethische Perspektiven*, Freiburg i. Br. 2011, 29 f.).

12 Vgl. SAMW/FMH, *Grundlagen*, 82. Anders z. B. bei C. SCHWARZENEGGER, *Strafrecht*: Vor Art. 111 N 45 f., wo die Sterbehilfe im engeren Sinne auf die unmittelbare Todesnähe und die Sterbehilfe im weiteren Sinne auf das Stadium, in der die unmittelbare Todesnähe noch nicht erreicht ist, bezogen wird. Da beim assistierten Suizid nicht zwingend eine Todesnähe vorhanden sein muss, rechnet ihn Petra Venetz nicht zur Sterbehilfe (vgl. P. Venetz, *Suizidhilfeorganisationen*, 14). Somit dürfte sie aber auch die Tötung auf Verlangen nicht zur Sterbehilfe zählen.

13 Bspw. Erstickungstod durch das Überstülpen eines Plastiksackes über den Kopf.