

Sterbehilfe

„Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden“, bittet der Beter in Psalm 90.

Heutzutage wird die menschliche Sterblichkeit vor allem in der Sterbehilfe-Debatte bedacht [[-> Formen und Begriffe](#)]. Menschen haben ein „Recht auf menschenwürdiges Sterben“, wird gesagt. Doch was heißt „Recht auf menschenwürdiges Sterben“? Darüber gehen die Meinungen auseinander. Die einen sagen: Das heißt, wer sterben will, soll auch sterben dürfen [[-> Autonomie](#)]. Die anderen sagen: Es geht um das Recht auf Leben, das geschützt werden soll, auch bei Menschen in der letzten Phase ihres Lebens [[-> Lebensschutz](#)].

Wir haben es mit einem gesellschaftlichen Konflikt zu tun, genauer: mit einem Konflikt zwischen verschiedenen moralischen Überzeugungen, die von den Mitgliedern einer Gesellschaft vertreten werden.

Ethisch gesehen, spielt sich die Debatte auf drei verschiedenen Ebenen ab:

- **Genuin ethische Ebene:** Welche Form der Sterbehilfe ist zulässig, welche nicht? Wie kategorisch gilt ein ethisches Urteil, kann es Ausnahmen geben? Unter welchen Umständen ist eine bestimmte Form der Sterbehilfe zulässig?
- **Rechtsethische Ebene:** Was soll rechtlich geregelt werden, was soll dem Gewissen des/der Einzelnen

überlassen bleiben? Wie und in welche rechtlichen Regelungen sollen moralische Überzeugungen übersetzt werden?


- **Standesethischen Ebene:** Welche Bedeutung hat Sterbehilfe für das ärztliche Selbstverständnis und Berufsethos?

Konkret wird derzeit in Österreich diskutiert, ob das „Recht, in Würde zu sterben“ in der Verfassung verankert und das bestehende strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen in Verfassungsrang erhoben werden soll [[-> Rechtslage](#)]. In Deutschland, wo die Beihilfe zum Suizid generell nicht verboten ist, wird einerseits über ein

Formen und Begriffe

Gängiger Weise wird zwischen folgenden Formen der Sterbehilfe unterschieden:

- **Aktive Sterbehilfe** meint die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen hin bzw. das zur Verfügung Stellen von Mitteln, die zum Suizid geeignet sind.
- **Passive Sterbehilfe** bezieht sich auf Situationen, in denen lebenserhaltende medizinische Maßnahmen nicht eingeleitet, nicht fortgeführt oder abgebrochen werden.
- Von **indirekter Sterbehilfe** ist die Rede, wenn schmerzstillende Medikamente eingesetzt werden, die als Nebenwirkung die Lebensdauer des Patienten verringern können.

Diese Bezeichnungen werden kritisch hinterfragt. Gefragt wird erstens, ob die Begriffe das, worum es geht, sachlich richtig beschreiben. Zwei Beispiele: Passive Sterbehilfe ist nicht unbedingt passiv – das Abstellen eines Beatmungsgeräts etwa ist durchaus eine aktive Handlung. Bei indirekter Sterbehilfe geht es weniger um Hilfe zum Sterben als um die medizinische Indikation von Behandlungsmaßnahmen und um Therapieziele. Zweitens wird gefragt, welches moralische Urteil ein bestimmter Begriff mittransportiert. Zum Beispiel wird gefragt, ob der Begriff „Hilfe“ nicht eine Beschönigung der aktiven Sterbehilfe darstellt. Schließlich geht es um Handlungen, die den Tod eines Menschen gezielt herbeiführen. 

Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt plädiert dafür, die bisher gebräuchliche Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben und stattdessen von **Sterbebegleitung**, **Therapie am Lebensende** und **Sterben zulassen** zu sprechen. Die **Mitwirkung am Suizid** und die **Tötung auf Verlangen** sollen von den genannten Behandlungssituationen grundsätzlich unterschieden werden.

Die Gemeinschaft Europäischer Kirchen in Europa (GEKE) verwendet in ihrer Orientierungshilfe folgende Begriffe:

- **Palliative Care** ist ein ganzheitliches Konzept zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen in der letzten Phase ihres Lebens: gute Pflege, psychologische und spirituelle Betreuung und medizinische Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung.
- **Vorenthaltung/Abbruch lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen** benennt konkret, worum es beim Begriff passive Sterbehilfe geht: Behandlungen, die das Leben noch um Tage, Wochen, vielleicht sogar Monate verlängern können, nicht vorzunehmen oder abbrechen.
- Bei der **Tötung auf Verlangen** wird der Tod des Patienten/der Patientin direkt durch eine dritte Person herbeigeführt.
- Bei der **Beihilfe zur Selbsttötung** beschaffen dritte einer Person die Mittel zum Suizid, den finalen Akt setzt der/die Sterbewillige selbst.



Verbot organisierter Suizidbeihilfe diskutiert und andererseits darüber, ob die ärztlich assistierte Selbsttötung unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt und gesetzlich geregelt werden soll [[>> In Europa](#)].

Das Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie nimmt diese Diskussionen zum Anlass, das vorliegende Argumentarium zu veröffentlichen. Es will die ethischen Grundfragen in der Sterbehilfe-Debatte aufzeigen, die evangelische Position vorstellen und so die Leser und Leserinnen bei der Bildung ihrer eigenen ethischen Haltung zu Sterbehilfe – über die aktuellen Debatten hinaus – unterstützen.

Aktuelle Regelungen

In Österreich

Tötung auf Verlangen [[>> § 77 StGB](#)] und Beihilfe zum Suizid [[>> § 78 StGB](#)] sind in Österreich strafrechtlich verboten. Bei der aktiven Sterbehilfe erhält der Lebensschutz Vorrang vor der Autonomie. Im Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung [[>> § 110 StGB](#)] hingegen räumt das Strafrecht der Autonomie der PatientInnen Vor-

rang ein und erlaubt damit passive und indirekte Sterbehilfe: Abbruch bzw. Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen bedürfen wie jede andere Behandlung auch der Zustimmung des/der PatientIn. Den Wunsch, nicht behandelt zu werden, kann der/die PatientIn unmittelbar äußern oder – für den Fall, dass er/sie nicht mehr entscheidungsfähig ist – vorab durch eine Patientenverfügung [[>> § 2 PatVG](#)]. Schmerztherapie fällt rechtlich gesehen unter Heilbehandlung. Ein/e PatientIn kann daher, seine/ihre Autonomie in Anspruch nehmend, eine Behandlung zur optimalen Linderung ihrer Schmerzen fordern, auch wenn diese sein/ihr Leben verkürzen sollte.

Im Europa-Vergleich

In der Schweiz und in Deutschland ist Tötung auf Verlangen ebenfalls strafrechtlich verboten.

Anders als in Österreich, ist in Deutschland Beihilfe zum Suizid jedoch nicht verboten. Allerdings wird in konkreten Fällen geprüft, ob nicht ein anderer Straftatbestand (Totschlag, unterlassene Hilfeleistung, Verletzung der Garantenpflicht) vorliegt. Die deutsche Bundesärztekammer lehnt die aktive Sterbehilfe im ärztlichen Standesrecht als unzulässig und mit Strafe bedroht ab. Die rechtliche Lage

ist in Deutschland freilich insofern uneinheitlich, als lediglich zehn Landesärztekammern das strikte Verbot der Suizidbeihilfe in ihre Berufsordnung aufgenommen haben.

Wieder anders in der Schweiz: Dort ist die Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid zwar grundsätzlich anerkannt, aber auf Handlungen beschränkt, bei denen sich der Helfende von selbstsüchtigen Motiven (materielle Vorteile oder Motive wie Hass oder Rache) leiten lassen hat. Das Schweizer ärztliche Standesrecht betrachtet Suizidbeihilfe nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht, respektiert aber im Einzelfall die persönliche Gewissensentscheidung des Arztes/der Ärztin. Der Arzt/die Ärztin muss sich allerdings an bestimmte Sorgfaltskriterien halten. Diese vergleichsweise offene rechtliche Regelung ermöglicht das Bestehen nichtkommerzieller Suizidhilfe-Organisationen.

In den Niederlanden sind Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, wenn sie unter Beachtung besonderer Sorgfaltskriterien von einem Arzt/einer Ärztin durchgeführt werden. Ähnlich in Belgien, wo das entsprechende Gesetz jüngst auch auf Minderjährige ausgeweitet wurde.

Konsens und Differenzen

Zulassen des Sterbens

Konsens besteht beim Thema Abbruch/Vorenthalten lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen (z.B. Herzlungenmaschine, künstliche Ernährung, Dialyse, Antibiotika, Chemotherapie). Diese dürfen vorenthalten oder abgebrochen werden, wenn

- keine Heilung mehr möglich ist und die Behandlung dem Patienten mehr schaden als nutzen würde
- und wenn der Patient dies wünscht (Wille des Patienten).

Das bedeutet: Der Sterbeprozess ist nicht mehr umkehr-, nur mehr verzögerbar. In dieser Situation muss über das Therapieziel, die Eignung einer medizinischen Maßnahme und die Wirksamkeit einer Therapie im Verhältnis zu den körperlichen und seelischen Belastungen, die sie bringt, entschieden werden. Zentrales medizinethisches Kriterium bei jeder Entscheidung ist die Patientenautonomie, gestaltet als *informed consent* (informierte Zustimmung).

Das Vorenthalten oder der Abbruch einer lebensverlängernden Behandlungsmaßnahme ist nicht nur erlaubt, sondern manchmal sogar ethisch geboten. Denn Übertherapie kann dem/der PatientIn Schaden zufügen. Und es kann passieren, dass sich die Aufmerksamkeit des/der PatientIn so

sehr auf die – ohnedies nutzlose – medizinische Behandlung konzentriert, dass die Verarbeitung des eigenen Todes, der Lebensgeschichte, Beziehungen, Ängste, Hoffnungen sowie das Abschiednehmen verhindert werden.

Indirekte Sterbehilfe

In den letzten Jahren haben Palliativmedizin und -pflege eine beachtliche Entwicklung erfahren. Damit hat auch

»» *Wir sind allsamt zu dem Tod gefordert und wird keiner für den andern sterben. Sondern ein jeglicher muß in eigener Person für sich mit dem Tod kämpfen ... ein jeglicher muß für sich selbst geschickt sein in der Zeit des Todes Hierin muß jedermann selber die Hauptstücke, die einen Christen belangen, wohl wissen und gerüstet sein*

(Martin Luther, Invokavitpredigten)

die früher viel diskutierte Frage der Lebensverkürzung durch Schmerzmittel an Dringlichkeit verloren. Mittlerweile geht man sogar davon aus, dass effektive Schmerztherapie nicht nur die Lebensqualität erhöht, sondern auch eher lebensverlängernde Wirkung hat.

Eine besondere Form der indirekten Sterbehilfe ist die palliative Sedierung. Es handelt sich um ein durch Verabreichung starker Beruhigungsmittel herbeigeführtes künstliches Koma, etwa um unerträgliche Schmerzen

oder andere belastende Symptome zu behandeln, die sich anderweitig nicht kontrollieren lassen.

Palliative Care

Palliative Care meint die ganzheitliche Behandlung von PatientInnen, die nicht mehr auf kurative (d.h. heilende) Behandlung ansprechen, und umfasst laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) neben der Behandlung von Schmerzen und Beschwer-

den auch pflegerische, psychologische, soziale und spirituelle Aspekte. Palliative Care und Palliativmedizin als Maßnahmenpaket, das eine möglichst hohe Lebensqualität am Ende des Lebens zum Ziel hat, stehen ethisch außer Zweifel.

Nicht an Dringlichkeit verloren hat jedoch die Frage nach dem flächendeckenden Ausbau des Palliativ- und Hospizwesens in Österreich. Dieser Ausbau ist ein finanzielles und praktisches Problem. In Bezug auf seine Notwendigkeit besteht Konsens



Rechtsslage in Österreich

§ 77 StGB: „Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

§ 78 StGB: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

§ 110 Abs. 1 StGB: „Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizi-

nischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.“

§ 2 Abs. 1 PatVG: „Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist.“



Die evangelische Position

Die soziale Lage Sterbender ist gekennzeichnet von Einsamkeit. Menschen haben weniger Angst vor dem Tod als vor dem Sterben mit all seinen unvorhersehbaren Belastungen: Angst, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen; Angst, ausgeliefert zu sein und die Kontrolle über die eigene Situation zu verlieren; Angst, anderen zur Last zu fallen. Es ist oberstes Anliegen der Evangelischen Kirchen, Sterbende in ihrer Angst nicht alleine zu lassen.

Zur Lage von Sterbenden gehört es heute auch häufig, Entscheidungen über medizinische Interventionen treffen zu müssen. Entscheidungen, die in der einen oder anderen Art den Eintritt des Todes beeinflussen, sind zur Normalität geworden. Solche Entscheidungen stellen fast immer Konfliktfälle und ethische Dilemmata dar. Evangelische Ethik ist sensibel gegenüber diesen Konflikten und zurückhaltend gegenüber kategorischen Urteilen. Es geht darum, Menschen in der letzten Phase ihres Lebens beizustehen, und nicht darum, mit absoluten Antworten, was für sie richtig und was falsch ist, ihr Gewissen zu beschweren.

Daraus ergibt sich:

1. Evangelische Ethik misst dem Gewissen in Fragen der Sterbehilfe hohe Bedeutung bei und ist zurückhaltend gegenüber dem Trend zur Verrechtlichung der Sterbehilfe.
2. Das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen soll beibehalten werden. Eine Erhebung dieses Verbots in Verfassungsrang wird allerdings abgelehnt.
3. Beihilfe zum Suizid soll nicht zum gesellschaftlichen Normalfall werden und daher grundsätzlich verboten

bleiben. Gesetzliche Regelungen, die ÄrztInnen oder Suizidhilfe-Vereinen Beihilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen erlauben, werden abgelehnt. Aber es sollte über einen größeren Spielraum für Gewissensentscheidungen in der Frage der Beihilfe zum Suizid nachgedacht werden. Zwar kann Beihilfe zum Suizid nach evangelischer Überzeugung kein Rechtsanspruch sein, der sich an den Staat oder gar an Dritte richtet; jedoch kann es existentielle Konfliktfälle geben, in denen Barmherzigkeit gefragt ist. Deshalb sollte nach juristischen Wegen gesucht werden, wie in einzelnen extremen Fällen der Barmherzigkeit Genüge getan werden kann. Auch wenn die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich nicht zum ärztlichen Auftrag gehört, sind doch Fälle denkbar, in denen die Gewissensentscheidung von ÄrztInnen respektiert und ihre Mitwirkung an einem Suizid strafrechtlich nicht verfolgt werden sollte. Darüber sollte in Österreich offen diskutiert werden.

4. Der Abbruch bzw. die Vorenthaltung von lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen ist erlaubt bzw. unter Umständen sogar geboten, wenn a) der/die PatientIn in einer terminalen Phase ist, b) die Behandlung ihm/ihr mehr schadet als nützt und c) der/die Patient/in der Therapiebegrenzung zustimmt.

5. Die Palliativversorgung in Österreich muss flächendeckend ausgebaut werden.

6. Damit Menschen ethische Entscheidungen am Lebensende gut treffen können, muss in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern Ethikberatung angeboten werden.



unter Parteien, Kirchen und Positionen in der Sterbehilfe-Debatte. Kein Konsens besteht jedoch in der Frage, ob der Ausbau der Palliativversorgung die Frage der aktiven Sterbehilfe vollständig beantwortet und die Diskussion darüber obsolet macht. So vertritt die katholische Kirche in Österreich die Meinung: Ausbau der Palliativmedizin statt aktiver Sterbehilfe. Auch aus evangelischer Sicht ist der Ausbau der Palliativversorgung ein absolutes Muss. Das entbindet jedoch nicht von der Notwendigkeit, die grundlegende gesellschaftliche Debatte darüber, was unter men-

schenswertem Sterben verstanden wird und verstanden werden soll, zu führen.

Aktive Sterbehilfe

Grundlegende Differenzen in der ethischen Bewertung gibt es bei der aktiven Sterbehilfe, zu der man sowohl Tötung auf Verlangen als auch Beihilfe zum Suizid rechnet. Der Unterschied zwischen Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen liegt in der so genannten Tatherrschaft: Bei Tötung auf Verlangen verabreicht eine dritte Person das todbringende Medikament. Bei Beihilfe zum Suizid wird es

von Dritten zur Verfügung gestellt; der/die Sterbewillige nimmt es selbst ein.

Aktuell ist vor allem Beihilfe zum Suizid Gegenstand öffentlicher Debatten: Wenn Suizid (wie das auch in Österreich der Fall ist) nicht strafbar ist, soll es dann auch erlaubt sein, Sterbewilligen beim Suizid zu helfen? Wer soll helfen dürfen? Wann und unter welchen Bedingungen bzw. unter Einhaltung welcher Sorgfaltskriterien? Soll Suizidhilfe generell oder nur in Ausnahmefällen möglich sein? Soll organisierte Suizidhilfe verboten sein? In der Auseinandersetzung mit diesen

Fragen spielen verschiedene ethische Prinzipien, Argumente und Ebenen eine Rolle. Sie werden im Folgenden vorgestellt und diskutiert.

Töten oder Sterbenlassen

Hinter dem rechtlichen Status quo in Österreich, der Abbruch/Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen sowie Schmerztherapie auch bei eventuell lebensverkürzender Wirkung erlaubt, Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen hingegen verbietet, steht die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen. Der Unterschied besteht zum einen in der Ursache (Kausalität) und zum anderen in der Absicht (Intention).

Kausalität

Einfach gesagt: Bei der aktiven Sterbehilfe stirbt der Patient/die Patientin durch die Handlung einer dritten Person, bei der passiven Sterbehilfe stirbt die Patientin an ihrer Krankheit. Wenn die Herzlungenmaschine abgeschaltet oder eine Chemotherapie nicht mehr durchgeführt wird, ermöglicht das zwar den Eintritt des Todes – aber der Patient stirbt an Herzinsuffizienz oder seinem Hirntumor. Dem natürlichen Prozess wird sein Lauf gelassen. Man spricht daher von Sterbenlassen oder Sterben zulassen. Beim Sterbenlassen ist das Handeln des Arztes/der Ärztin – egal, ob es in einem Unterlassen besteht oder in einer Aktivität wie dem Abschalten einer Maschine – zwar eine notwendige, aber nicht die einzige Ursache des Todeseintritts. Die tödliche Spritze hingegen, die der Arzt dem Patienten auf Verlangen hin setzt, ist die einzige Ursache; die Spritze würde auch einen gesunden Patienten töten.

Intention

Die andere Frage ist: Was wird mit einer bestimmten Handlung beab-

sichtigt? Wird beabsichtigt, den/die PatientIn direkt zu töten, z.B. weil man der Meinung ist, es sei für ihn besser zu sterben als weiterzuleben? Oder wird der Tod indirekt in Kauf genommen, und gibt es gute Gründe für diese Inkaufnahme, z.B. weil dem/der PatientIn Schmerzen oder die Belastungen durch eine Chemotherapie erspart werden sollen? Entscheidend ist, ob die in einer Handlung mitverursachten Schäden und Übel in dem angestrebten Gut einen rechtfertigenden Grund haben.

In der ethischen Debatte über die Erlaubtheit der unterschiedlichen Formen von Sterbehilfe hat diese Unterscheidung eine große Bedeutung. BefürworterInnen aktiver Sterbehilfe sehen keinen *moralisch* relevanten Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen. Sie meinen: Sowohl bei der aktiven, auch bei der passiven Sterbehilfe habe der Arzt/die Ärztin den Tod des/der PatientIn zu verantworten. Und der Dienst am Willen dessen, der die Tötung erbittet, könne den Schaden der Lebensbeendigung rechtfertigen. Diese Position wird als *Äquivalenzthese* bezeichnet. Sie wird vor allem von säkularen EthikerInnen vertreten.

» *Es ist wichtig festzuhalten, dass meist keine mögliche Entscheidung für sich beanspruchen kann, einer objektiven ‚Wahrheit‘ verpflichtet zu sein, sondern immer bloß die Güterabwägung in Konsequenz einer bewußt aufgestellten Wertehierarchie darstellt. ... Es ist klar, daß Entscheidungen in Konfliktfällen per Definition immer auch gute Gründe gegen sich haben.* <<

(Generalsynode der Evangelischen Kirche A. und H.B.)

VertreterInnen der *Signifikanzthese* finden sich sowohl im säkularen Bereich, als auch in den Kirchen. Sowohl die römisch-katholische als auch die Evangelischen Kirchen sehen einen moralisch relevanten Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen. Allerdings unterscheiden sie sich in einem anderen Punkt.

Eindeutiges Urteil oder bleibender Konflikt

Auch wenn es unter theologischen EthikerInnen in beiden Kirchen unterschiedliche und differenzierte Positionen gibt, kann man – ausgehend von kirchlichen Stellungnahmen und Lehrschreiben – zugespitzt sagen: Die römisch-katholische Kirche fällt ein eindeutiges Urteil und unterscheidet klar zwischen erlaubter passiver bzw. indirekter Sterbehilfe und nicht erlaubter aktiver Sterbehilfe. Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid gelten als so genannte „in sich schlechte Handlungen“. Es kann weder Ausnahmen geben, noch sind sie offen für Verfahren der Güterabwägung.

Die Evangelischen Kirchen hingegen betonen den Konflikt. Sie betrachten Entscheidungen am Lebensende als Dilemmata und als moralische Ausnahmesituationen. Das heißt: Es lässt sich nicht eindeutig sagen, dass eine bestimmte Handlung moralisch gut oder richtig bzw. moralisch schlecht oder falsch ist. Immer muss abgewogen werden, sprechen auch gute

Gründe gegen eine Entscheidung, müssen Kompromisse getroffen werden. Es geht weniger darum, dass diese Kompromisse moralisch einwandfrei sind, als darum, der konkreten Situation möglichst gerecht zu werden und Verantwortung zu übernehmen – unter Umständen auch um den Preis, Schuld auf sich zu laden.

Indem sie die bleibende Konflikthaf-
tigkeit ethischer Entscheidungen am
Lebensende ins Zentrum stellt, will
die evangelische Ethik zwei Proble-
men gerecht werden: Erstens besteht
in der Praxis oft Unsicherheit darüber,
welches medizinische Tun oder Un-
terlassen ein Verstoß gegen das Ver-
bot der aktiven Sterbehilfe ist. Realiter
sind die Grenzen zwischen Therapie-
begrenzung und aktiver Sterbehilfe
im medizinischen Alltag nicht immer
einfach und eindeutig zu bestimmen.

Sterbewilligen konfrontiert sind, als
auch den schweren Konflikt, in dem
sich ein Sterbewilliger befindet, der
sich fragt: Kann ich mit Familie oder
FreundInnen über meine Suizid-Pläne
sprechen? Kann ich gar jemanden
bitten, bei mir zu sein, wenn ich mein
Leben beende? Oder bleibt mir nur
der einsame Suizid, oft mit schreck-
lichen Mitteln? Angesichts der morali-
schen Tragik, die in solchen Konflikten
steckt, setzen sich die Evangelischen
Kirchen – weit davon entfernt, Suizid-

eines jeden so einzuschränken, dass
sie mit der Freiheit anderer zusam-
menstimmt. Moral heißt, dass der/
die Einzelne für sich überlegt und ent-
scheidet, welches Leben er/sie leben
will und was für sie/ihn ein gutes Le-
ben ist. Das meint nicht Beliebigkeit.
Das bedeutet nicht, ich habe die Frei-
heit, zu tun, was ich will. In der Moral
übersetzt sich Freiheit vielmehr in Ver-
antwortung. Wer moralisch handelt,
handelt (eigen)verantwortlich. Die ent-
sprechende Entscheidungsinstanz ist
das Gewissen.

Recht und Moral sind also nicht de-
ckungsgleich. Sie stehen in einem dy-
namischen Verhältnis zueinander: Je
mehr Handlungsspielraum das Recht
eröffnet, desto größer der Bedarf an
eigener moralischer Urteilsbildung
und persönlicher Verantwortung. Je
mehr das Recht den Handlungsspiel-
raum begrenzt, desto weniger Raum
bleibt umkehrt der Gewissensfreiheit.

Auch in der Sterbehilfe-Debatte geht
es darum, wie viel Spielraum dem
Gewissen der Gesellschaftsmitglieder
eingräumt werden soll und was für
alle rechtsverbindlich geregelt werden
soll. Anders formuliert: Sind Beihilfe
zum Suizid und Tötung auf Verlan-
gen Verhaltensweisen, die der Staat
regeln bzw. sanktionieren soll? Muss
bei Beihilfe zum Suizid und Tötung
auf Verlangen die Freiheit des Einzel-
nen eingeschränkt werden, damit sie
mit der Freiheit von jedermann über-
ein stimmt? Wie weit reicht das Recht
auf Selbstbestimmung, und inwieweit
ist es durch das Recht auf Leben
begrenzt? Die Meinungen in dieser
Frage gehen diametral auseinander.
Wir haben es mit einem weltanschau-
lichen bzw. einem ethisch relevanten
gesellschaftlichen Konflikt zu tun, in
dem verschiedene ProtagonistInnen
bzw. Gruppen versuchen, ihre mora-
lische Haltung in allgemein verbindli-
ches Recht umzusetzen. Die Frage
ist, ob das Recht als Mittel taugt,
um nicht geteilte Moralvorstellungen
durchzusetzen.

Weil die Evangelischen Kirchen dem
Gewissen des Einzelnen viel zutrauen

»» *Dem Umstand, dass moralische Tragödien vorkommen können, ... könnte ...
durch den rechtlichen Ausweg entsprochen werden - wie es tatsächlich in
einigen Ländern der Fall ist -, seltene und extreme Fälle strafrechtlich nicht
zu verfolgen und daher die fälligen Rechtswege nicht zu befolgen.*

(Gemeinschaft der Evangelischen Kirche in Europa)

Die Evangelischen Kirchen sprechen
sich daher dagegen aus, das Verbot
der Tötung auf Verlangen in Verfas-
sungsrang zu heben. Das würde zu
dieser Verunsicherung beitragen und
womöglich das Patientenverfügungs-
gesetz aushöhlen.

Die bleibende Konflikthaf-
tigkeit ethischer Entscheidungen am Lebens-
ende ins Zentrum zu stellen, ermöglicht
zweitens auch eine größere Offenheit
für unerträgliche Gewissenskonflikte.
Die Evangelischen Kirchen haben hier
sowohl Gewissenskonflikte im Blick,
in denen sich Angehörige oder Ärz-
tInnen wiederfinden, die mit dem Leid
und der eindringlichen Bitte eines

hilfe zum gesellschaftlichen Normalfall
machen zu wollen – für eine offene
Diskussion über rechtliche Regelun-
gen ein, die dem Gewissen Spielraum
lassen und für dramatische Ausnah-
mefälle Möglichkeiten der Straffreiheit
vorsehen.

Recht und Moral

Der letzte Punkt führt zur komplexen
Frage nach dem Verhältnis zwischen
Recht und Moral. Recht schafft Frei-
heit, indem es Grenzen setzt. Die Auf-
gabe des Rechts ist es, die Freiheit

»» *Die Würde im Schmerz, im Leiden und in der Verzweiflung zu respek-
tieren, anzuerkennen, ernst zu nehmen und zu bewahren, bedeutet bei
existenziellen Entscheidungen am Lebensende, sich jeder prinzipiellen
'Lösung' zu enthalten. Nicht die moralisch richtige oder ethisch begründ-
bare Handlung ist gefordert, sondern die Bereitschaft von allen Betei-
ligten, Verantwortung zu übernehmen ... sowie - aus christlicher Pers-
pektive - im Ernstfall auch das Bewusstsein und die Entschlossenheit,
schuldig zu werden.*

(Schweizer Evangelischer Kirchenbund, 2007)

und mehr zugestehen wollen, stehen sie dem Trend zur Verrechtlichung der Sterbehilfe skeptisch gegenüber.

Autonomie und Lebensschutz

Im gesellschaftlichen Streit der Meinungen steht häufig die Frage im Zentrum, ob „Recht auf menschenwürdiges Sterben“ Recht auf Leben bzw. Schutz des Lebens oder Recht auf selbstbestimmtes Sterben meint. Aus evangelischer Sicht geht es allerdings nicht darum, sich im Konflikt zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung auf die eine oder andere Seite zu schlagen. Vielmehr müssen sowohl das Prinzip des *Lebensschutzes* als auch das Prinzip der *Autonomie* – gemeinsam mit einem dritten Prinzip, dem Prinzip der *Fürsorge* – bei jeder Entscheidung berücksichtigt werden. Um dem Leiden und der Angst Sterbender gerecht zu werden, müssen die drei Prinzipien der jeweiligen Situation angemessen miteinander vermittelt und in Balance gebracht werden. Es darf nicht ein Prinzip über ein anderes gestellt werden. Denn jede Absolutsetzung eines Prinzips auf Kosten eines anderen würde die Bedeutung, den Sinn und die Funktion aller drei Prinzipien verändern oder gar auflösen.

Wie ist die Bedeutung von Lebensschutz und Autonomie aus evangelischer Sicht zu verstehen?

Lebensschutz

Die grundlegende Pflicht, menschliches Leben zu schützen, gründet aus evangelischer Sicht in der Würde eines jeden Menschen als Ebenbild Gottes. Diese Pflicht betrifft das physische Leben, aber auch jene Aspekte, die es uns ermöglichen, als Personen unsere eigene Lebensgeschichte auszubilden und Verantwortung gegenüber uns selbst und anderen wahrzunehmen, wie etwa

Autonomie und Selbstbestimmung. Es geht nicht einfach um den Schutz des biologischen Lebens, sondern um den Lebensvollzug. Aus diesem Lebensschutz lässt sich für den/die Einzelne keine Pflicht zu leben ableiten.

Autonomie

Autonomie meint aus evangelischer Perspektive weder Willkür noch völlige Unabhängigkeit. Im Gegenteil: Wir bilden unseren autonomen Willen immer in einem Beziehungsgefüge. Sowohl persönliche Beziehungen als auch gesellschaftliche Bedingun-

nicht in Sterbewünsche drängen (Stichwort „suizidales Klima“). Auch die Legalisierung von Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen ist Teil der gesellschaftlichen Bedingungen, die Sterbewünsche formen. Es besteht die Gefahr, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umschlägt in gesellschaftlichen oder familiären Druck, das eigene Leben vor der Zeit zu beenden. Die Evangelischen Kirchen sind der Meinung: Es darf nicht „normal“ werden, sich den Tod mithilfe eines anderen oder gar durch einen anderen geben zu lassen, weil man krank, abhängig und hilfsbedürftig ist.

» *Angelpunkt der Diskussion über menschenwürdiges Sterben ist das Verständnis von der Autonomie des Menschen. Unbestritten gehört zur Würde des Menschen das Recht auf Selbstbestimmung, die aber ethisch begründet und begrenzt ist. Daher darf das Prinzip der Autonomie nicht verabsolutiert werden, sondern schließt die Verantwortung für sich und andere ein. Die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Sterbenden kann ein abstrakter Autonomiebegriff nicht wahrnehmen.*

(Ökumenischer Rat der Kirchen in Österreich)

gen haben Einfluss auf unsere Entscheidungen. Ich kann mehr oder weniger autonom entscheiden – je nachdem, welche Möglichkeiten mir die Gesellschaft bietet und wie andere Menschen meine Entscheidung beeinflussen und unterstützen. Für die Sterbehilfe-Debatte heißt das: Sterbehilfe ist keine rein persönliche oder individuelle ethische, sondern eine gesellschaftliche und sozialetische Frage. Gerade, weil die Selbstbestimmung von Menschen am Ende ihres Lebens ernst genommen werden soll, muss der soziale Kontext so gestaltet sein, dass Menschen diese existenzielle Herausforderung gut bewältigen können. Die Gesellschaft und der Staat stehen in der Verantwortung, durch gute flächendeckende Palliativversorgung und Suizidprävention Bedingungen zu schaffen, die Menschen wirkliche Optionen eröffnen und sie

Hier geht es in der Tat um den Schutz der Freiheit, die letzte Lebensphase, das Sterben, ohne Druck von außen zu erleben und zu gestalten. Deswegen sprechen sich die Evangelischen Kirchen für die Beibehaltung des Verbots der Tötung auf Verlangen aus. Auch Beihilfe zum Suizid soll nicht zum gesellschaftlichen Normalfall werden (etwa durch Vereine, die Suizidhilfe anbieten).

Es entspricht aber einem evangelischen Verständnis von Autonomie, dem Gewissen des Einzelnen in extremen Ausnahmefällen mehr Spielraum einzuräumen. Autonomie meint nicht die Freiheit, zu tun und zu lassen, was mir beliebt. Autonomie heißt vielmehr, mit der von Gott geschenkten Freiheit verantwortlich umzugehen, heißt Verantwortung für sich selbst und für andere zu übernehmen.



Zum Weiterlesen

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE), Leben hat seine Zeit, und Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende (2011).

Download: http://www.evangel.at/fileadmin/evangel.at/doc_reden/110509_GEKE_Leben_hat_seine_Zeit.pdf

Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Österreich zum Thema Sterbehilfe (= Saat-Sondernummer 5a/1997).

Download: http://www.evangel.at/fileadmin/evangel.at/doc_reden/synode96a4.pdf

Diakonie Österreich, Stellungnahme zur Aufforderung der parlamentarischen Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (2014)

Download: https://www.diakonie.at/goto/de/presse_service/presstexte/diakonie-zur-enquete-kommission-___wuerde-am-ende-des-lebens___x

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive (= SEK Positionen 9), 2007.

Download: <http://www.kirchenbund.ch/sites/default/files/publikationen/pdf/SEK-Position-9.pdf>

EKD, Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung (EKD Texte 97), 2008.

Download: http://www.ekd.de/download/ekd_texte_97.pdf

Ökumenischer Rat der Kirche in Österreich, Erklärung des ÖRKÖ zum menschenwürdigen Sterben (2000).

Abrufbar unter: <http://www.oekumene.at/site/presse/oerkoeerklarungen/article/56.html>

Evangelium vitae (1995).

Zyklus abrufbar unter: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_ge.html

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende (2011).

Download: <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46713>

Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/A-HA/A-HA_00002_00344/index.shtml#tab-Uebersicht

Ausgabe 2/2015 der Evangelischen Zeitschrift für Ethik (ZEE) zum Thema Sterbehilfe (erscheint im April 2015).

Zu beziehen: <http://www.fachzeitschriften-religion.de/zeitschrift-fuer-evangelische-ethik>

Impressum:

löThe Argumentarium Nr. 1/2015

Medieninhaber: Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie

Herausgeber: o. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Autorin: Dr. Maria Katharina Moser

Redaktionskontakt: ethik@diakonie.at

Offenlegung gem. § 25 MedG:

löThe Argumentarium

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger: Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie

Unternehmensgegenstand/Vereinszweck: Das Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie macht es sich zur Aufgabe, die theologischen und ethischen Grundprinzipien in der diakonischen Arbeit ins Bewusstsein zu heben, zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Direktor: Ulrich H.J. Körtner

Mitglieder des Kuratoriums: Michael Chalupka, Christa Schrauf, Hubert Stotter, Michael Bubik, Karl Schiefermair

Sitz: Schwarzschaner Straße 13, 1090 Wien

Grundlegende Richtung/Blattlinie: Darstellung verschiedener Argumente und evangelischer Positionen zu ethischen und diakonischen Fragen

<http://ethik.diakonie.at>