

**Assistierter Suizid – Ethische Analyse der Hauptargumente
(insbesondere zur ärztlichen Suizidbeihilfe)**

Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

auch wenn die gegenwärtige Diskussion um die *Beihilfe zur Selbsttötung* nur einen relativ kleinen Ausschnitt der inzwischen seit Jahrzehnten geführten Debatte um die sogenannte *Sterbehilfe* darstellt, sollte man sich davor hüten, die Vielschichtigkeit dieses Themas zu unterschätzen. Tatsächlich berührt die Suizidassistenz nämlich sehr grundlegende Fragen unseres menschlichen Selbstverständnisses und der Voraussetzungen eines solidarischen gesellschaftlichen Zusammenlebens, die auf wenigstens *drei verschiedenen Ebenen* liegen:

Grundlegende Fragen auf drei verschiedenen Ebenen

Erstens auf der Ebene einzelner moralischer *Güter* und *Werte*: Gegenüber Versuchen, die Argumentation auf einen einzigen Wert – wie z.B. die Selbstbestimmung oder den Lebensschutz – engzuführen, ist zu betonen, dass es daneben noch um eine Fülle weiterer moralisch relevanter Faktoren gibt, die allesamt zu berücksichtigen und in eine überzeugende Rangordnung zu bringen sind: Zu diesen Gütern und Werten gehören die Menschenwürde, die Lebensqualität, die Fürsorge, der Schutz der Gewissensfreiheit aller Beteiligten, die Rechtssicherheit, das Vertrauen (sowohl in den individuellen Arzt wie in das Gesundheitssystem insgesamt) und die Bedeutung von sozialen Beziehungen unterschiedlicher Art.

Eine zweite Frage-Ebene betrifft die präzise Abgrenzung der *Suizid-Assistenz* nicht nur von der *Selbsttötung*, sondern auch von *anderen Formen der Sterbehilfe* wie z.B. der *aktiven*, der *passiven* oder der *indirekten* Sterbehilfe, deren jeweils charakteristischen Merkmale von vielen Ärzten, Pflegekräften und Juristen bis heute nur unzureichend verstanden werden: Anders als beim sog. *Sterbenlassen* (i.S. der *passiven* Sterbehilfe), bei der der Patient an den Folgen einer weit fortgeschrittenen Krankheit verstirbt, deren Verlauf weiter aufzuhalten nicht sinnvoll erscheint, da das Sterben dadurch nur unnötig in die Länge gezogen würde, zeichnen sich *Tötungshandlungen* dadurch aus, dass ein Akteur in der Regel bewusst und willentlich eine eigenständige – selbst allein hinreichende – Ursache für den zeitnahen Todeseintritt setzt, die als solche keineswegs zwingend mit dem Vorliegen

einer tödlichen Krankheit des Patienten verbunden sein muss. Im Falle eines *Suizids* wird diese Ursache durch das Handeln des Sterbewilligen selbst gesetzt, während im Fall einer sogenannten *aktiven Sterbehilfe* i.S. einer *Tötung auf Verlangen* ein Dritter die Ursache für den beschleunigten Todeseintritt auslöst.

Obwohl einige Verfechter der Legalisierung einer ärztlichen Suizidbeihilfe hierin nur einen ersten Schritt sehen, um langfristig das bisherige strafrechtliche Verbot der ärztlichen Tötung auf Verlangen zu beseitigen, ist es wichtig, sich den entscheidenden moralischen und rechtlichen Unterschied zwischen der *Suizidassistenz* und der *aktiven Sterbehilfe* zu vergegenwärtigen: Bei der Beihilfe zur Selbsttötung ist der sterbewillige Patient selbst das Subjekt der Tötungshandlung, während der Helfer nur gewisse Unterstützungsmaßnahmen ergreift (z.B. gewisse Hilfsmittel verschafft), dabei aber zu keinem Zeitpunkt die sog. *Tatherrschaft* über das Geschehen innehat. Das ist anders bei der *aktiven Sterbehilfe*, bei der ein Dritter die Tatherrschaft übernimmt und das Leben des sterbewilligen Patienten durch dafür geeignetes Tun oder Unterlassen beendet. Es ist also nicht nur zwischen *Töten* und *Sterbenlassen* zu unterscheiden, sondern innerhalb der *Tötungshandlungen* auch zwischen der eigentlichen *Haupthandlung* der Selbst- bzw. Fremdtötung und gewissen *Unterstützungsleistungen* Dritter, die zwar eine gewisse (materiale oder formale) *Mitwirkung* an der Haupthandlung darstellen, für sich allein betrachtet aber nicht geeignet sind, den Tod des betroffenen Patienten herbeizuführen. Im Folgenden werde ich mich allein auf die *Suizidassistenz* konzentrieren und das Phänomen der *aktiven Sterbehilfe* ausklammern.

Im Blick auf die *Beihilfe zur Selbsttötung* ist aber noch eine dritte – für die Gesetzgebung entscheidende – Ebene zu berücksichtigen, die die gesamtgesellschaftliche Bedeutung einer regelmäßigen *sozialen Praxis* betrifft: Das Thema des Suizids und der Suizidassistenz darf nicht individualethisch verkürzt werden, sondern hat auch eine *gesamtgesellschaftliche* und *systemische* Dimension, deren vielfältigen sozialen, ökonomischen, demographischen, versicherungsrechtlichen und kulturellen Facetten in der gegenwärtigen Diskussion jedoch zumeist sträflich vernachlässigt werden.

Ebenso vielschichtig wie das *Phänomen* der Suizidassistenz sind dabei die *Gründe*, die zu einem wachsenden öffentlichen Interesse an dieser Thematik geführt haben:

Ein erster wichtiger Grund dafür liegt in der rasanten Entwicklung einer *einseitig technisch* ausgerichteten Hochleistungsmedizin, die vor allem am Lebensende mit den komplementären Gefahren einer unerwünschten *Übertherapie* einerseits und einer wichtige Bedürfnisse schwerkranker Patienten vernachlässigenden *Unterversorgung* andererseits verbunden ist. Daneben dürften aber auch die demographische Entwicklung, die drohende Altersarmut, die Pluralisierung der Wertüberzeugungen sowie der rapide Bedeutungsverlust religiöser Traditionen ganz erheblich zum gestiegenen Interesse an der Suizidassistenz beigetragen haben.

Für die christlichen Kirchen, die sich etwa als Träger von Krankenhäusern und Altenhilfeeinrichtungen selbst stark auf dem Gesundheitsmarkt engagieren, ist daher aus moraltheologischer Perspektive nicht nur zu klären, wie sie sich zu dieser aktuellen Herausforderung *doktrinär* und *praktisch* positionieren wollen, sondern auch welche Argumente dabei für das eigene Handeln maßgeblich sind.

Im Folgenden sollen deswegen zunächst etwas ausführlicher die wichtigsten *pro*-Argumente analysiert werden, die für eine Legalisierung insbesondere der ärztlichen Suizidbeihilfe ins Feld geführt werden. In einem zweiten Schritt sind dann einige gewichtige *Gegenargumente* zu benennen. Einige kurze Bemerkungen zu den konkreten praktischen Konsequenzen beschließen meine Ausführungen.

1.0. Die wichtigsten *pro*-Argumente

Die drei wichtigsten Hauptargumente *zugunsten* der ärztlichen Suizidbeihilfe beziehen sich mit der *Autonomie* und *Selbstbestimmung*, der *Menschenwürde* und dem zu vermeidenden *Leiden* eines Patienten auf zentrale ethische Begriffe, die auch aus *moraltheologischer* Perspektive allesamt hoch bedeutsam erscheinen. Es ist daher zu prüfen, ob ihr spezifischer Gebrauch in der jeweiligen Ausgestaltung der Argumente zu überzeugen vermag. Schauen wir zunächst auf das Autonomie- und Selbstbestimmungsargument.

1.1. Das *Autonomie*- und *Selbstbestimmungs*-Argument:

Der Verweis auf die *Autonomie* und die freiheitliche *Selbstbestimmung* des mündigen Bürgers taucht im Kontext des Streites um die ärztliche Suizidbeihilfe in verschiedenen Varianten auf: mal mit dem schlichten Rückbezug auf *empirische Befunde*, denen zufolge ein erheblicher Teil der Gesamtbevölkerung einschließlich

der Ärzteschaft verschiedenen Formen der Suizidassistenten gegenüber durchaus positiv eingestellt ist¹, mal aber auch mit Rekurs auf die *Privatheit* grundlegender Lebensentscheidungen² und einen legitimen *Pluralismus* der Lebensführung innerhalb liberaler Gesellschaften, deren gesinnungsethische Grundlagen auch der Gesetzgeber zu schützen habe³.

Aus moraltheologischer Sicht ist in diesem Zusammenhang zur Vermeidung möglicher Missverständnisse zunächst ein Doppeltes zu betonen: Zum einen steht völlig außer Frage, dass die Wahrung der Autonomie sowohl für unsere alltägliche Lebensführung wie auch für die Gestaltung der letzten Lebensphase eines Menschen einen hohen Wert darstellt. Die katholische Kirche hat daher weder grundsätzliche Vorbehalte gegenüber der gewachsenen Bedeutung der *Patientenautonomie* im Rahmen einer zeitgemäßen Medizin- und Pflegeethik⁴ noch propagiert sie am Lebensende ein starres System unterschiedsloser Gleichbehandlung, das der *Individualität* jedes einzelnen Menschen keinen Raum zu geben vermöchte. Dessen ungeachtet meldet sie zum anderen gegenüber Versuchen, eine moralische Anerkennung und rechtliche Billigung der ärztlichen Suizidbeihilfe bruchlos aus dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen abzuleiten, einen mehrfachen *Differenzierungsbedarf* an, der wenigstens die folgenden fünf Aspekte betrifft:

Erstens ist rein terminologisch zu betonen, dass wirkliche *Autonomie* weder mit *faktischer Selbstbestimmung* noch mit sozialer *Unabhängigkeit* und *Autarkie* verwechselt werden darf. Der Begriff der ‚Autonomie‘ bezieht sich vielmehr auf die *Vernunftförmigkeit* eines Willens, der „nur seiner *eigenen* und dennoch *allgemeinen* Gesetzgebung“⁵ unterworfen ist und sich folglich nicht von rein subjektiven

¹ Vgl. z.B. H. Küng: *Glücklich sterben?*, München 2014, 78f, 123.

² Vgl. R. Dworkin/T. Nagel/R. Nozick/J. Rawls/T. Scanlon/J.J. Thomson: *Assisted Suicide: The Philosophers' Brief*, in: *The New York Review of Books* (March 27, 1997), 43f.

³ Vgl. U. Wiesing: *Die Zeit*, Nr. 16, vom 10.4.2014.

⁴ Vgl. C. Holzem: *Patientenautonomie: bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext* (Studien der Moraltheologie 11), Münster 1999.

⁵ I. Kant: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 73.

Neigungen, sondern von objektiven, d.h. für jedes Vernunftwesen einsichtigen *rationalen Gründen* bestimmen lässt⁶.

Wer nun glaubt, die hier notwendigen ethischen Begründungen durch den Verweis auf einschlägige Umfrageergebnisse über empirisch nachweisbare *Wünsche* innerhalb der Bevölkerung lösen zu können, der übersieht – und darin besteht die *zweite* notwendige Differenzierung – den logischen Unterschied zwischen Seins- und Sollens-Aussagen. Der statistisch erhobene *Verbreitungsgrad* einer bestimmten moralischen Überzeugung sagt als solcher noch nichts über deren *Wohlbegründetheit* aus, so dass aus derartigen empirischen Daten allein nur um den Preis krasser *naturalistischer Fehlschlüsse* normative Konsequenzen abgeleitet werden könnten.

Philosophisch ungleich wichtiger dürfte dagegen diejenige Spielart des Autonomie-Argumentes sein, die auf die *Privatheit* bestimmter grundlegender Wertüberzeugungen abhebt und damit das Recht auf Suizidbeihilfe letztlich aus dem Grundrecht der Gewissens- und Religionsfreiheit des Einzelnen abzuleiten versucht. Allerdings ist auch gegenüber dieser Denkfigur bei näherer Betrachtung insofern eine wichtige nunmehr *dritte* Differenzierung anzubringen, als aus dem individuellen Grundrecht zu einer Lebensführung auf der Basis eigener privater Wertüberzeugungen, das in liberalen Rechtsstaaten vor allem als *negativ-freiheitliches* Abwehrrecht gegenüber staatlichen Zwangsmaßnahmen konzipiert ist, keineswegs das *positive* Recht folgt, zur Durchsetzung dieser privaten Anschauungen die Unterstützung öffentlicher Institutionen und Ressourcen – etwa in Gestalt bestimmter (womöglich solidarisch finanziert) medizinischer Dienstleitungen – in Anspruch zu nehmen. Es ist das *eine*, den Freiraum des Einzelnen gerade im privaten Bereich dadurch möglichst umfassend zu schützen, dass jeder seiner eigenen Lebensphilosophie folgen und sich dabei von vorgegebenen Sinnangeboten bestimmter gesellschaftlicher Gruppen emanzipieren darf, doch ist es etwas völlig *anderes*, daraus irgendwelche *positiven Anspruchsrechte auf die Unterstützung Dritter* ableiten zu wollen, die – wie die Ärzte – zudem noch eine wichtige gesamtgesellschaftliche Funktion innehaben. Solche *privatistischen* Fehlschlüsse verkennen den Charakter ärztlicher Leistungen, die zwar

⁶ Vgl. GMS III 68f.

in die Privat- und Intimsphäre des Einzelnen hineinreichen können, sich dabei aber aufgrund der vorausgesetzten Indikationsstellung zwingend an *wissenschaftlich-objektiven* Standards zu orientieren haben, die als solche gerade keinen *subjektiv-privaten* Charakter aufweisen.

Eine *vierte* Differenzierung betrifft die schwierige Frage der tatsächlichen *Authentizität* und *Freiwilligkeit* der jeweiligen individuellen Willensäußerung. Die *Fähigkeit zur autonomen Selbstbestimmung* ist an verschiedene durchaus anspruchsvolle körperliche, mentale und soziale Voraussetzungen gebunden, die gerade am Lebensende keineswegs immer vollumfänglich erfüllt sind. Daher läuft die Annahme, der schwerst leidende Patient sei ohne weiteres dazu in der Lage, frei über sein Leben und Sterben zu bestimmen, letztlich auf eine *rationalistische Fiktion* hinaus, die nach ärztlicher Auskunft in der Realität so kaum jemals anzutreffen ist⁷.

Schließlich ist *fünftens* auch hinsichtlich wirklich authentischer Sterbewünsche daran zu erinnern, dass die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen einer *doppelten Grenze* unterliegt: Die *eine* Grenze ergibt sich aus der Beziehung des betroffenen Sterbewilligen zu seiner *sozialen Umwelt*, die *andere* Grenze resultiert aus seinem Verhältnis zu *sich selbst*. Im Blick auf die gesellschaftlichen Konsequenzen einer Legalisierung ärztlicher Suizidbeihilfe ist zu berücksichtigen, dass sich die damit zwangsläufig verbundene *Schwächung des Tötungstabus* innerhalb der Gesellschaft nachteilig auf die Selbstbestimmung besonders vulnerabler Personengruppen auswirken kann. Denn wenn sich die ärztliche Suizidbeihilfe erst einmal innerhalb der Gesellschaft als eine *sozial akzeptierte* Form der Lebensbeendigung etabliert hat, dann kann es unter bestimmten Bedingungen zu einer *Beweislastverkehrung* für all diejenigen ‚zählebigen Alten und Kranken‘ kommen, die sich trotz aufwändiger und teurer Pflege bislang noch nicht dazu haben durchringen können, von dieser für die soziale Umwelt ungemein entlastenden Möglichkeit Gebrauch zu machen⁸. Das Gewicht solcher ethisch sekundären

⁷ Die Kombination des Selbstbestimmungs-Argumentes mit dem Leidens-Argument ist insofern problematisch, als sich beide Parameter in der Regel umgekehrt proportional zueinander verhalten: Der weithin selbstbestimmungsfähige Mensch ist in der Regel nicht schwer leidend, während umgekehrt der schwer körperlich oder seelisch leidende Mensch selten wirklich vollumfänglich selbstbestimmungsfähig ist.

⁸ Die realistische Abschätzung solcher ungewollter Dammbrocheffekte würde aufwändige soziale Vergleichsstudien mit Gesellschaften erfordern, die sich im Blick auf zentrale entscheidungsrelevante

Dammbrech-Argumente hängt von vielen Umständen ab, die allesamt einer sorgfältigen sozialwissenschaftlichen Analyse bedürfen (in der politischen Diskussion aber zumeist ausgeblendet werden).

Die *andere* Grenze recht verstandener Autonomie resultiert aus den *Pflichten des Menschen gegen sich selbst*. Das moralische Recht zur Selbstbestimmung endet nicht erst da, wo die Freiheit und Selbstbestimmung Dritter bedroht ist, sondern bereits dort, wo es um die Verletzung rational begründeter moralischer *Verpflichtungen gegen sich selbst* geht. Dieselben Vernunftgründe, die mich moralisch dazu nötigen, das physische Leben Anderer zu achten, gelten dem Grundsatz der *Universalisierung* zufolge unvermindert auch für das eigene Selbstverhältnis. Zwar gilt die Pflicht zur Erhaltung des eigenen physischen Lebens – wie jede andere moralische *Tugend-Pflicht* auch – nur im Rahmen der individuellen moralischen Leistungsfähigkeit des Betroffenen (*ultra posse nemo tenetur*), doch steht die seit neuerem immer wieder zu hörende Behauptung, es gebe schließlich ‚*keine Pflicht zum Leben*‘ in eklatantem Widerspruch zur Tradition der abendländischen Ethik, als deren Hauptrepräsentanten die Selbsttötung zur Vermeidung der gewöhnlichen Beschwerden des Alters stets abgelehnt haben⁹. Platon, Aristoteles, Thomas von Aquin und Immanuel Kant waren – trotz aller Unterschiede ihres jeweiligen Moralverständnisses – der gemeinsamen Überzeugung, dass die Selbsttötung bei noch bestehenden Möglichkeiten des freien Handelns und des personalen Selbstvollzuges eine *moralische Pflichtverletzung*

Parameter (wie z.B. die demographische Entwicklung, die ökonomische und versicherungsrechtliche Situation Alter und Hochbetagter, die Qualität und Erreichbarkeit palliativmedizinischer Versorgungsangebote, die kulturellen Bewertungsmuster für Zustände alters- und krankheitsbedingter Abhängigkeit etc.) ähneln, was angesichts der wenigen überhaupt verfügbaren, aber in sich sehr heterogenen Beispiele wie Holland, Schweiz und den Bundesstaat Oregon kaum möglich erscheint.

⁹ Vgl. Platon: Phaidon 62 b-c und Nomoi IX 873 c-d; Aristoteles: EN III 11, 1116 a 12-15; Thomas von Aquin: STh II II 64,5 ad 3; I. Kant: MS, A 63-115 [Fundstelle noch genauer eingrenzen!!!]. Dass diese Einschätzung ausgerechnet in einer Zeit, in der sich diese Belastungen durch neue Möglichkeiten der medizinisch-pharmakologischen Symptomkontrolle in bislang unbekanntem Ausmaß lindern lassen, an Plausibilität verlieren sollte, erscheint wenig überzeugend. Zum traditionellen Lehrstück der ‚Pflichten gegen sich selbst‘ vgl. auch G. Pöltner: Zur Bedeutung der sogenannten Pflichten gegen sich selbst für die Gewissensentscheidung von Ärzten und Patienten, in: F.-J. Bormann/V. Wetzstein (Hg.): *Gewissen*, Berlin 2014, 251-268.

darstellt, die letztlich aufgrund ihres *selbstwidersprüchlichen Charakters* rational nicht zu rechtfertigen ist¹⁰.

Da der Beschwörung des *Selbstbestimmungsrechts* des Suizidwilligen allein offenbar weder ein plausibles Kriterium für die Bestimmung der konkreten *Reichweite* solcher Selbstbestimmung noch ein überzeugender Sachgrund dafür zu entnehmen ist, warum über das jeweils *eigene* suizidale Handeln hinaus auch *Dritte* zur *Unterstützung* der jeweiligen Willenserfüllung berechtigt oder sogar verpflichtet sein sollen, bedarf es offenkundig weiterer Argumente, um der Idee einer ärztlichen Suizidassistenz die nötige Plausibilität zu verleihen. Schauen wir daher zweitens auf das sog. *Würde-Argument*.

1.2. Das Würde-Argument

Neben dem befürchteten Verlust der eigenen Selbstbestimmung und damit der direkten Kontrolle über die alltägliche Lebensführung dürfte die Angst vor einem vermeintlich ‚*würdelosen Dahinvegetieren*‘ als Folge medizinischer Übertherapie eine der Hauptquellen für die Forderung nach einer ärztlichen Suizidassistenz sein. Zwar ist unbestritten, dass es nicht nur am Lebensende eine Vielzahl von Konstellationen geben kann, in denen die Betroffenen alters- oder krankheitsbedingt bestimmte besonders wertgeschätzte Aktivitäten nur noch sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr ausüben können, vielfältige kognitive, affektive und soziale Fähigkeiten zunehmend verlieren und selbst bestimmte Körperfunktionen nicht mehr in gewohnter Weise kontrollieren können. Doch stellt sich die Frage, ob und inwieweit damit eine Beeinträchtigung oder gar ein Verlust ihrer *Menschenwürde* verbunden ist. Die Antwort darauf hängt maßgeblich vom jeweiligen Begriffsverständnis ab:

Für Anhänger einer klassischen *Mitgift*-Theorie der Würde können derartige Phänomene ungeachtet ihrer immensen psychologischen Bedeutung für den jeweils Betroffenen und sein soziales Umfeld allein schon deswegen keine Minderung der Menschenwürde darstellen, weil diese einen mit dem Menschsein selbst gegebenen,

¹⁰ Auch wenn solche moralischen *Tugend*-Pflichten sorgfältig von *zivil*- und *strafrechtlichen* Pflichten zu unterscheiden sind, können sie doch insofern rechtsethische Konsequenzen haben, als der Gesetzgeber dazu verpflichtet ist, das *Grundrecht auf Leben* aller Bürger wirksam zu schützen und ein gesamtgesellschaftliches Klima zu schaffen, das diesem Ziel insgesamt zuträglich ist.

nicht graduierbaren Wert darstellt, gegen dessen soziale Implikationen zwar verstoßen werden kann, der als schlechthin unveräußerliche intrinsische Größe dadurch aber nicht in seiner Substanz zerstört wird. Vertreter einer *Leistungs-* oder *Anerkennungs-*Theorie der Würde sehen das naturgemäß anders, da die Menschenwürde ihres Erachtens überhaupt erst durch bestimmte aktuelle Fähigkeiten ihres Trägers bzw. Reaktionen des sozialen Umfeldes *konstituiert* wird.

Ungeachtet des Streites um das richtige Begriffsverständnis dürfte es in der Praxis nicht ausreichen, lediglich die *objektive Unveräußerlichkeit* der Würde jedes Menschen abstrakt zu behaupten, ohne zugleich das *subjektive Selbsterleben* des Individuums und die daraus zu ziehenden Konsequenzen z.B. für die konkrete Gestaltung medizinischer und pflegerischer Interaktionen angemessen zu berücksichtigen. Denn hinter der berechtigten Sorge vor einer vermeintlich ‚würdelosen Existenz‘ am Lebensende verbergen sich zumeist ganz unterschiedliche Denkmotive, die von einer berechtigten Kritik an bestimmten Formen der medizinischen *Übertherapie* (i.S. einer Lebensverlängerung um jeden Preis) bis hin zu bestimmten, hoch emotional besetzten *Vorstellungen des eigenen Selbst-Bildes* reichen, deren alters- oder krankheitsbedingte Infragestellung nicht nur existentielle Verunsicherung auslöst, sondern mit einer Fülle verschiedener affektiver Reaktionen wie narzisstischer Kränkung, Scham, Ekel oder Ängsten verbunden ist¹¹. Nur wenn es uns in der Praxis gelingt, *sensible Pflegekonzepte* zu erarbeiten, die Betroffene in aller gebotenen Diskretion wirksam darin unterstützen können, neue Lebensmöglichkeiten mit ihren verschiedenen Beeinträchtigungen zu finden, dürfte die in systematischer Hinsicht gut begründete und dem im deutschen Grundgesetz verankerten Definitions- und Graduierungsverbot des Würdebegriffs¹² zugrunde liegende *Mitgift-*Theorie auf breite Akzeptanz stoßen und damit rein subjektivistischen Würde-Interpretationen die Grundlage entziehen. Damit komme ich bereits drittens zum sog. *Leidens-*Argument.

¹¹ Zu den soziologischen Hintergründen der Vorstellung eines ‚würdigen Sterbens‘ vgl. K. Feldmann: Sterben in moderner Gesellschaft, in: F.-J. Bormann/G.D. Borasio (Hg.): Sterben, 23-40, bes. 37f.

¹² Vgl. GG Art. 1.

1.3. Das *Leidens*-Argument:

Angesichts der weithin unbekanntem Tatsache, dass überhaupt nur bei „zehn Prozent der Todesfälle ... spezialisiertes palliativmedizinisches Wissen notwendig“ ist und bei „lediglich ein bis zwei Prozent der Sterbenden ... die Probleme so gravierend [sind], dass sie nur auf einer spezialisierten Palliativstation behandelt werden können“¹³, spielt die Behauptung eines allein durch die ärztliche Suizidassistenten zu behebenden *Leidens* von Patienten in der *politischen* Auseinandersetzung um die Sterbehilfe eine überraschend große Rolle. Unabhängig davon, ob sich das *Leidens*-Argument dabei näherhin mit der Betonung der *Grenzen* auch der besten palliativmedizinischen Versorgung, der unabwiesbaren Existenz von *Sterbewünschen*, dem Gedanken eines unwürdigen und unzumutbaren ‚*Qualtodes*‘¹⁴ oder der Annahme einer generellen *Sinnlosigkeit* des Leidens am Lebensende¹⁵ verbindet, stets wird dabei der Eindruck erweckt, bei der Suizidbeihilfe handele es sich im Grunde um eine alternativlose ärztliche Intervention, die schon aus *humanitären* Erwägungen dringend geboten erscheine. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass dieser Eindruck täuscht:

Erstens sind nicht nur Leidenszustände im Allgemeinen, sondern auch damit einhergehende Sterbewünsche im Besonderen insofern *komplex* und *mehrdeutig*, als verschiedene Raten von Sterbewünschen zu unterscheiden sind¹⁶: nämlich erstens *aktuelle* und zweitens *hypothetische* Sterbewünsche. [Sog. *aktuelle* ‚gesteigerte Todeswünsche‘ werden in der Regel von Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen geäußert und sind ursächlich auf besonders belastende körperliche Symptome (wie starke Schmerzen, Atemnot, Übelkeit etc.), Depressionen, Hoffnungslosigkeit sowie die Angst davor, Anderen zur Last zu fallen,

¹³ G.D. Borasio: Über das Sterben, München 2011, 25.

¹⁴ Vgl. P. Hintze: Rede im Deutschen Bundestag am 13. November 2014, Berlin: Plenarprotokoll 6121A.

¹⁵ Vgl. D. Birnbacher: Laudatio auf Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans Küng als Empfänger des Arthur-Koestler-Sonderpreises 2013, in: DGHS: Verantwortung für Leben und Sterben, Bonn-Bad Godesberg 2013, 10.

¹⁶ Vgl. M. Galushko/R. Voltz: Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung, in: F.-J. Bormann/G.D. Borasio (Hg.): Sterben, bes. 203-207 sowie S. Stiel/F. Elsner/M. Pestinger/L. Radbruch: Wunsch nach vorzeitigem Lebensende, in: Der Schmerz 2 (2010), 177-189.

zurückzuführen¹⁷, wobei – und das ist für unsere Thematik sehr wichtig – oftmals eine *Gleichzeitigkeit* von Lebenswille und Sterbewunsch vorliegt. Demgegenüber treten sog. *hypothetische* Sterbewünsche vor allem bei solchen Patienten ganz am Anfang einer langwierigen Erkrankung auf, die einen Zustand fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfalls oder die Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim unbedingt vermeiden und Kontrolle bewahren möchten.] Im ersten Fall sind Sterbewünsche Anlass zu einer *lege artis*-Behandlung unter Einschluss einer umfassenden und für die überwältigende Mehrzahl der Fälle auch durchaus wirksamen palliativmedizinischen Symptomkontrolle bzw. psychiatrischen Intervention¹⁸. Im zweiten Fall eines manifesten Todeswunsches *unabhängig* von einer ausgeprägten Krankheitssymptomatik wäre der Arzt kaum der geeignete Ansprechpartner, weil das beklagte subjektiv unerträgliche ‚Leiden‘ des Patienten (z.B. an der Eintrübung der Zukunftsperspektive, der Einsamkeit oder dem Gefühl der Sinnlosigkeit der eigenen Existenz) nun einmal *per definitionem* keine ‚Krankheit‘ darstellt, die sich nach naturwissenschaftlich-medizinischen Parametern objektivieren und damit zum Anknüpfungspunkt einer validen *Indikationsstellung* erheben ließe.

Zweitens gibt es in den ganz wenigen Fällen, wo die palliativmedizinische Symptomkontrolle tatsächlich an ihre Grenzen stößt und keinen für den Patienten momentan subjektiv erträglichen Zustand herbeizuführen vermag, mit der sog. *finalen* bzw. *terminalen Sedierung* eine hochwirksame Alternative zur Suizidassistenz, die wegen ihrer geringeren Eingriffstiefe und Reversibilität aus ärztlicher Sicht ethisch auf jeden Fall vorzugswürdig erscheint¹⁹.

¹⁷ Vgl. W. Breitbart/B. Rosenfeld u.a.: Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer, in: JAMA 284 (2000), 2907-2911 sowie R. Nissim/L. Gagliese u.a.: The Desire for Hastened Death in Individuals with Advanced Cancer: A Longitudinal Qualitative Study, in: Social Science & Medicine 69 (2009), 165-171.

¹⁸ G.D. Borasio zufolge sind „die pharmakologischen und nichtpharmakologischen Möglichkeiten der Symptomkontrolle in der modernen Palliativmedizin inzwischen so ausgereift ..., dass die Menschen keine Angst mehr haben müssen, aufgrund von nicht therapierbaren Symptomen qualvoll zu sterben“ (Sterben, 67). Vgl. dazu auch L. Radbruch/M. Kern/H. Hoffmann-Menzel/R. Polke/F. Elsner: Körperlicher Schmerz und seine palliativmedizinische Linderung – Chancen und Grenzen der Behandlung, in: F.-J. Bormann/G.D. Borasio (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/Boston 2012, 159-172.

¹⁹ Vgl. H.C. Müller-Busch: „Terminale Sedierung“. Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene?, in: Ethik in der Medizin 16 (2004), 369-377 sowie ders.: Sterbende sedieren?, in: Z Palliativmed 5 (2004), 107-112.

Drittens vermag die pauschale *Sinnlosigkeitserklärung* des Leidens am Lebensende, die der Kritik an der Suizidbeihilfe eine leerlaufende und für eine moderne Gesellschaft im Grunde obsolete *christliche Leidensmystik* unterstellt²⁰, kaum zu überzeugen, weil sie weder der *Einheit* des Lebens noch der *Konflikthaftigkeit* der menschlichen Selbsterfahrung angesichts der eigenen Sterblichkeit gerecht wird. Zwar ist realistischerweise damit zu rechnen, dass selbst idealtypisch verlaufende Sterbeprozesse nicht ohne jegliche Form des *Leidens* ablaufen, doch folgt daraus keineswegs, dass sie deswegen schon zu einer ‚sinnlosen Quälerei‘ degenerieren. Gründe für dieses Leiden gibt es viele: sei es weil das Band zu geliebten Menschen endgültig zerrissen wird, sei es weil eigene Lebensaufgaben nicht mehr zu einem befriedigenden Abschluss gebracht werden konnten oder weil der Tod selbst auf einen *Grundkonflikt* menschlicher Existenz verweist, den man im günstigsten Fall zwar *schlichten*, aber nicht wirklich *auflösen* kann²¹. Es dürfte daher eine anthropologisch sinnvolle Annahme sein, das Leiden als ein die gesamte Lebensdauer begleitendes Kennzeichen der *conditio humana* zu verstehen, das uns dazu auffordert, sich den jeweils anstehenden existentiellen Aufgaben zu stellen, da nur so persönliche *Reifung* und schrittweise *Vollendung* des Lebens möglich sind. Die Anerkennung dieser Leidens-Dimension beruht nicht auf irgendeiner verquerten religiösen Leidensmystik, sondern ergibt sich schlicht aus den Grundkoordinaten *endlichen* menschlichen Lebens.

2.0. Argumente gegen eine ärztliche Suizidbeihilfe:

Kritiker der ärztlichen Suizidbeihilfe lassen es in der Regel nicht dabei bewenden, die mangelnde Plausibilität gegnerischer Argumente offenzulegen, sondern bemühen sich darüber hinaus auch darum, vermittels zusätzlicher eigener Überlegungen den Nachweis dafür zu erbringen, dass die Beihilfe zur Selbsttötung kein Element recht

²⁰ Der frühere evangelische Pastor P. Hintze ließ sich am 13. November 2014 in seiner Rede im Bundestag zu der folgenden erstaunlichen Feststellung hinreißen: „Im katholischen und evangelischen Bereich, im Bereich der Kirchen und der Theologie wird die Frage nach dem Sinn des Leidens diskutiert. Ich sage dazu: Leiden ist immer sinnlos.“ (Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode – 66. Sitzung, Plenarprotokoll 6121 B); ähnlich D. Birnbacher: Laudatio auf Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans Küng als Empfänger des Arthur-Koestler-Sonderpreises 2013, 10.

²¹ Vgl. J. Brachtendorf: Sterben – ein anthropologischer Konflikt sui generis?, in: F.-J. Bormann/G.D. Borasio (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin/Boston 2012, 257-270.

verstandener ärztlicher Sterbehilfe sein kann. Während Vertreter der Ärzteschaft dabei vor allem die spezifischen *Ziele* medizinischen Handelns i.S. der Heilung, Leidensminderung und Sterbebegleitung und die daraus resultierende *Unvereinbarkeit der Suizidassistenz mit dem ärztlichen Standesethos* und einer langfristig vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung betonen²², bedient sich das Lehramt der katholischen Kirche traditionellerweise im Wesentlichen einer zweistufigen Strategie, die zunächst auf die moralische Unzulässigkeit der Haupthandlung i.S. der frei gewählten – also nicht psychopathologischen – *Selbsttötung* abhebt und dann die bewusste *Beihilfe* hierzu als sittenwidrige formale Mitwirkung am Bösen (*cooperatio in malo*) qualifiziert²³. Fragt man nach der argumentativen Basis des lehramtlichen Verdiktes über den Suizid, dann stößt man mit dem *Geschöpflichkeits-* und dem *Natur-*Argument auf zwei einander ergänzende (deontologische) Denkfiguren, die sich allerdings in ihren systematischen Voraussetzungen erheblich voneinander unterscheiden.

2.1 Das *Geschöpflichkeits-*Argument

Die phänomenologische Grundlage des sog. *Geschöpflichkeits-*Argumentes, das auf die unterschiedliche Rolle und Vollmacht von *Schöpfer* und *Geschöpf* abhebt, liegt in dem Umstand, dass sich kein Mensch das Leben selbst gegeben hat. Wir werden nicht gefragt, ob wir existieren wollen. Vielmehr gehört es zur Grunderfahrung des Menschseins, dass uns das Leben als Gabe und Aufgabe zugleich begegnet. Unabhängig davon, ob wir unsere eigene Existenz dabei phasenweise oder insgesamt dank günstiger Bedingungen als großartiges Geschenk oder infolge belastender Umstände als drückenden Fluch erleben, stets bleibt der Mensch jener Instanz gegenüber verantwortlich, die ihm als Ursprung und Quelle aller Wirklichkeit sein individuelles Dasein anvertraut bzw. zugemutet hat. Es ist diese unaufhebbare *ontologische Asymmetrie zwischen Schöpfer und Geschöpf*, die sich auch in der

²² Vgl. So verteidigt z.B. der Präsident der Bundesärztekammer, F.U. Montgomery, das seit 2011 in §16 der Musterberufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte enthaltene Verbot der ärztlichen Suizidassistenz mit dem Hinweis, dass eine Verstrickung von Medizinern in derartige Handlungen dazu führe, den Arzt als „billige[n] Tötungsmedikamentebeschafter“ zu missbrauchen (FAZ vom 9.8.2014, Nr. 183, S. 4). Vgl. auch H. Schmall: „Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer, töten nie“. Die Vertreter der 17 Landesärztekammern sprechen sich in Berlin gegen ärztliche Beihilfe zum Suizid aus, in: FAZ vom 13.12.2014, Nr. 290, S. 4).

²³ Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (KKK): Nr. 2280-2282.

Beziehung zum Leben selbst und der mit ihm verbundenen Verantwortung niederschlägt: Während der Schöpfer dabei etwa in der jüdisch-christlichen Tradition als „der höchste Herr des Lebens“²⁴ vorgestellt wird, der das Leben in absoluter Souveränität schenken und entziehen kann, sind wir Menschen dazu verpflichtet, das uns anvertraute Gut des Lebens von Gott „dankbar entgegenzunehmen und es zu seiner Ehre und zum Heil unserer Seele zu bewahren“²⁵. Der Mensch ist demzufolge (ungeachtet verschiedener klassischer Ausnahmen vom Tötungsverbot) nicht dazu berechtigt, in der Weise vollständig über sein eigenes Leben zu verfügen, dass er dieses Leben auch vernichten dürfte, um sich z.B. bestimmten alters- oder krankheitsbedingter Belastungen zu entziehen²⁶. Zwar weiß auch das katholische Lehramt um verschiedene Einflüsse, die die Freiheit und damit die Schuldhaftigkeit einer suizidalen Handlung vermindern können²⁷, doch sieht sie im freiheitlichen Suizid letztlich einen Akt menschlicher *Hybris*, der sich eine Verfügungsgewalt über das Leben anmaßt, die ihm als Geschöpf *per definitionem* nicht zusteht²⁸.

Da das Geschöpflichkeits-Argument mit der Annahme der Existenz Gottes als Schöpfer, Erhalter und einziger legitimer Eigentümer des menschlichen Lebens auf einer starken *theistischen Prämisse* beruht, steht von vorneherein fest, dass es für all diejenigen, die einer agnostischen oder atheistischen Weltanschauung anhängen, keinerlei Verbindlichkeit beanspruchen kann. Das ist anders beim zweiten Argument, das auf die Kategorie der ‚Natur‘ bzw. des ‚natürlichen Todes‘ verweist.

²⁴ KKK: Nr. 2280.

²⁵ Ebd.

²⁶ Ausdrücklich betont Johannes Paul II. in diesem Sinne, es gehöre zur menschlicher Verfügung entzogenen *conditio humana*, „die mit Geburt und Tod verfügbaren Grenzen anzunehmen und zu einer grundlegenden Passivität unseres Lebens ‚ja‘ sagen zu lernen“ (Botschaft von Johannes Paul II. an alle Kranken und alle, die in der Welt der Krankheit und des Leidens leben und arbeiten. Wien am 21. Juni 1998, in: *L'Osservatore Romano*. Wochenausgabe in deutscher Sprache 28,26 (1998), 14). Vgl. auch Zweites Vatikanisches Konzil: Pastoralkonstitution „*Gaudium et spes*“, Nr. 27.

²⁷ Vgl. KKK: Nr. 2282: „Schwere psychische Störungen, Angst oder schwere Furcht vor einem Schicksalsschlag, vor Qual oder Folterung können die Schuld des Selbstmörders vermindern.“

²⁸ Johannes Paul II. fasst diese Einschätzung wie folgt zusammen: „In seinem tiefsten Kern stellt der Selbstmord eine Zurückweisung der absoluten Souveränität Gottes über Leben und Tod dar, wie sie im Gebet des alten Weisen Israels verkündet wird: „Du hast Gewalt über Leben und Tod; du führst zu den Toren der Unterwelt hinab und wieder herauf“ (*Weish* 16,13; vgl. *Tob* 13,2).“ (Enzyklika *Evangelium vitae* vom 25.3.1995 (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120), Nr. 66). Vgl. auch die Erklärung der Glaubenskongregation zur Euthanasie vom 5. Mai 1980, I 3.

2.2 Das *Natur*-Argument:

Dieser Denkfigur zufolge unterliegt der Mensch als sittliches Subjekt der moralischen Grundforderung, die verschiedenen in seiner Natur angelegten Talente und Befähigungen unter Leitung seiner praktischen Vernunft zur möglichst optimalen Entfaltung zu bringen. Da der Mensch nicht einfach schon derjenige *ist*, der er sein *kann* und sein *soll*, sondern stets auf weitere Entwicklung angelegt ist, bedarf es eines lebenslangen Lernprozesses bis hin zu seinem *natürlichen Tod*, um die für seine Persönlichkeit konstitutiven kognitiven, emotionalen und sozialen Vermögen schrittweise zur möglichst umfassenden Entfaltung zu bringen. Eine suizidale Handlung muss vor diesem Hintergrund als gewaltsamer Abbruch eines noch unvollendeten biographischen Entwicklungsprozesses gleich in doppelter Hinsicht problematisch erscheinen: Erstens verstößt sie gegen die aus der Sozialnatur des Menschen resultierenden *Pflichten gegenüber Dritten*²⁹ und zweitens stellt sie einen Verstoß gegen die *moralisch gebotene natürliche Selbstliebe* des Menschen dar³⁰.

Obwohl beide Vorstellungen (sowohl der Gedanke der Sozialpflichtigkeit des eigenen Existenzerhalts als auch die Bestimmung der Reichweite der von Natur aus gebotenen Selbstliebe) der weiteren Präzisierung und Verteidigung gegen Missverständnisse bedürfen, wofür ja im nachmittäglichen Workshop noch ausführlich Gelegenheit sein wird, ist zu betonen, dass das *Natur*-Argument anders als der Rückgriff auf die *Geschöpflichkeit* des Menschen auf keinen besonderen *religiösen* Voraussetzungen beruht. Es dürfte daher prinzipiell auch für Nicht- und Andersgläubige grundsätzlich rational nachvollziehbar sein. Das *Natur*-Argument bildet daher in der lehramtlichen Argumentation mit der normativen Leitvorstellung eines anzustrebenden ‚*natürlichen Todes*‘ seit jeher den deontologischen Kern der katholischen Position zur Sterbehilfe, der zwar durch weitere Überlegungen – wie z.B. den für Dambruch- und Missbrauchsvermutungen typischen Verweis auf besondere Handlungsumstände³¹ – *ergänzt*, nicht aber *ersetzt* werden kann.

²⁹ Vgl. Thomas von Aquin: STh II II 64,5; KKK: Nr. 2281; Johannes Paul II: Evangelium vitae, Nr. 66.

³⁰ Ebd.

³¹ Vgl. dazu F.-J. Bormann: Ärztliche Suizidbeihilfe – für und wider, in: Stimmen der Zeit 233 (2015), 3f.

3. Konkrete Schlussfolgerungen

Eine unvoreingenommene Prüfung der wichtigsten, im Kontext der derzeitigen Debatte um die ärztlichen Suizidbeihilfe vorgetragenen Argumente führt m.E. zu einer dreifachen Einsicht:

Erstens zeigt sich, dass keines der für die Ausweitung der Suizidassistentz vorgebrachten Argumente zu überzeugen vermag. Nicht die Erleichterung des Suizids ist das Gebot der Stunde, sondern die Stärkung der Suizidprävention durch die Beseitigung derjenigen Konfliktlagen, die Menschen faktisch in eine ausweglose Situation bringen.

Zweitens sollten wir die Debatte zum Anlass dafür nehmen, einmal selbstkritisch danach zu fragen, wie es um die konkrete, alltäglich gelebte *Sterbekultur* in unseren Gesundheitseinrichtungen – zumal jenen in kirchlicher Trägerschaft befindlichen Krankenhäusern und Altenhilfeeinrichtungen – bestellt ist. Entsprechen die hier getroffenen ärztlichen und pflegerischen Entscheidungen am Lebensende der ihnen anvertrauten Menschen tatsächlich dem vom römischen Lehramt vertretenen normativen Ideal eines ‚natürlichen Todes‘? Und was unternehmen sie angesichts verschiedener Fehlanreize u.a. in der finanziellen Vergütung ärztlicher Leistungen konkret bezüglich der Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter, um nicht nur die von vielen Bürgern gefürchtete *Übertherapie* zu vermeiden, sondern so sensibel auf die individuellen Bedürfnisse der schwerkranken und sterbenden Patienten einzugehen, dass diese allen Grund dazu haben, ein *katastrophisches* Todesverständnis zu überwinden? Eine konkret vorgelebte überzeugende *Sterbekultur*, die die nötige professionelle *Fürsorge* für den Menschen mit dem selbstverständlichen *Respekt* vor dessen Individualität verbindet und ihm gerade so einen der Prozesshaftigkeit des Sterbens angemessenen Schutzraum eröffnet, dürfte in seiner Vorbildfunktion von kaum zu überschätzender Bedeutung für eine Gesellschaft sein, die die ebenso vielschichtigen wie existentiell bedeutsamen Themen von Tod und Sterben sowohl wissenschaftlich wie praktisch-operativ weitgehend aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt hat.

Die dritte Einsicht betrifft die *gesetzgeberischen* Konsequenzen. Entgegen dem irreführenden Eindruck, die Probleme auf dem weiten Feld der Sterbehilfe ließen sich

primär durch die *Produktion von neuen Gesetzen* beheben, ja der Gesetzgeber sei gerade im Blick auf die ärztliche Suizidassistenz insofern herausgefordert, als im Zusammenspiel von Zivil-, Straf- und ärztlichem Standesrecht so starke Inkongruenzen bestünden, dass Ärzten die notwendige Rechtssicherheit vorenthalten werde, ist zunächst zu betonen, dass diese Einschätzung weder der herrschenden Rechtslage noch der faktischen Strafverfolgung in diesem Bereich gerecht wird. Von einer wachsenden oder auch nur statistischen relevanten Kriminalisierung von Ärzten im Blick auf ihre jeweiligen Therapieentscheidungen am Lebensende kann in Deutschland keine Rede sein. Der größte recht(swissenschaft)liche Nutzen der öffentlichen Diskussion um die Sterbe- und Suizidbeihilfe liegt vielmehr darin, dass die *Rechte von Patienten auf angemessene palliativmedizinische Versorgung und Pflege* gestärkt und der weitere flächenmäßige Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen als vorrangiges Politikfeld identifiziert worden ist. Abgesehen davon ist daran zu erinnern, dass die derzeitige Rechtslage in Deutschland bereits insofern *sehr liberal* ausgestaltet ist, als sie sowohl den Suizid selbst als auch die private Beihilfe hierzu – ungeachtet aller damit einhergehenden moralischen Probleme – straffrei stellt. Der Gesetzgeber täte daher m.E. gut daran, an dieser bewährten und den Freiheitsinteressen der Bürger bereits sehr weit entgegenkommenden Sachlage nur das aller Notwendigste zu ändern. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht m.E. lediglich im Blick auf ein längst überfälliges Verbot der gewinnorientierten-gewerblichen, geschäftsmäßigen und organisierten Suizidbeihilfe durch sog. *Sterbehilfevereine* und bestimmte *Einzelpersonen*, die de facto keinen Dienst am Leben leisten, sondern außerhalb des Kontextes enger sozialer Beziehungen routinemäßig die Herbeiführung des Todes organisieren. Ärzte sollten ungeachtet ihrer jeweiligen Rechte und Pflichten als Privatpersonen in der Ausübung ihrer beruflichen Funktion weder mit solchen Vereinen kooperieren noch unabhängig davon im klinischen Kontext oder im Bereich der ambulanten Patientenversorgung Suizidhandlungen unterstützen, da es hierfür weder eine valide medizinische Indikationsstellung³² noch eine überzeugende ethische Rechtfertigung gibt.

³² Vgl. dazu F.-J. Bormann: Ärztliche Suizidbeihilfe – für und wider, 8f.