

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 Ein-

zelnen 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?

Im Zentrum der Debatte in Österreich steht der assistierte Suizid. Ende 2020 urteilte der Verfassungsgerichtshof, dass das ausnahmslose Verbot der Hilfe zur Selbsttötung verfassungswidrig sei. Der Strafbestand „Hilfeleistung zum Selbstmord“ verstoße gegen das Recht des Einzelnen auf freie Selbstbestimmung. Eine rechtliche Neuregelung

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 abzubrechen.
- 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.



wurde notwendig. [[>> Rechtslage](#)] Seit 1.1.2022 regelt das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), unter welchen Voraussetzungen die Beihilfe zur Selbsttötung jedenfalls straffrei ist.

Das IöThE nimmt dies zum Anlass, das Argumentarium Nr. 1 zu Sterbehilfe aus dem Jahr 2015 zu überarbeiten und um ein ausführliches Kapitel zum [>> assistierten Suizid nach dem Sterbeverfügungsgesetz](#) zu ergänzen. 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 zur Sterbehilfe unterstützen.

Aktuelle Regelungen

In Österreich

Tötung auf Verlangen [[>> § 77 StGB](#)] ist strafrechtlich verboten. Der Lebensschutz hat Vorrang vor der Autonomie. Beim assistierten Suizid hingegen werden Lebensschutz und Autonomie gegeneinander abgewogen. Unter bestimmten strengen Voraussetzungen, die Missbrauch verhindern sollen, kann Hilfe zur Selbsttötung in An-

spruch genommen werden [[>> StVfG, § 78 StGB](#)]. Ganz im Vordergrund steht die Autonomie bei medizinischen Behandlungen. Gemäß § 252 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch haben PatientInnen das Recht, in eine Behandlung einzuwilligen oder diese zu untersagen. Die eigenmächtige Heilbehandlung ist verboten [[>> § 110 StGB](#)]. 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](#)]. Darüber hinaus sieht § 49a Ärztegesetz vor, dass ÄrztInnen Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde beizustehen haben. Im Rahmen palliativmedizinischer Behandlungen dürfen sie Maßnahmen setzen, die zum Zwecke der Linderung schwerster Schmerzen auch eine Beschleunigung des Sterbens in Kauf nehmen.

Im Europa-Vergleich

In der Schweiz, in Deutschland und in Oregon ist Tötung auf Verlangen strafrechtlich verboten, der assistierte Suizid hingegen möglich. In Deutschland ist die Beihilfe zum Suizid seit 1872 straffrei. Ein 2015 beschlossenes Gesetz, mit

dem die geschäftsmäßige Hilfe bei Selbsttötung und damit vor allem professionelle Sterbehilfeorganisationen verboten wurden, wurde 2020 als verfassungswidrig wieder aufgehoben.

In der Schweiz ist Beihilfe zum Suizid strafbar, wenn sich der Helfende von selbstsüchtigen Motiven leiten hat lassen. Eigenes Sterbehilfegesetz hat die Schweiz keines. 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 an bestimmte Sorgfaltskriterien halten. Diese vergleichsweise offene rechtliche Regelung ermöglicht das Bestehen von Suizidhilfe-Organisationen.

Im US-Bundesstaat Oregon wurde 1997 im Rahmen des Death with Dignity Act ein sehr genau geregeltes Verfahren für die Suizidhilfe beschlossen.

In den Niederlanden, Belgien und seit 2021 auch in Spanien sind Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, wenn sie unter Beachtung besonderer Sorgfaltskriterien von einem Arzt/einer Ärztin durchgeführt werden.

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 Übertherapierung 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,

reichung starker Beruhigungsmittel herbeigeführtes künstliches Koma, etwa um unerträgliche Schmerzen oder andere belastende Symptome zu behandeln, die sich anderweitig nicht kontrollieren lassen.

» 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)



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 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 Verab-

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 Beschwerden 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

Rechtslage 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: „(1) Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen. (2) Ebenso ist zu bestrafen, wer 1. einer minderjährigen Person, 2. einer Person aus einem verwerflichen Beweggrund oder 3. einer Person, die nicht an einer Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 StVG leidet oder die nicht gemäß § 7 StVG ärztlich aufgeklärt wurde, dazu physisch Hilfe

leistet, sich selbst zu töten.“

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



Ausbau ist ein finanzielles und praktisches Problem. In Bezug auf seine Notwendigkeit besteht Konsens 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 menschenwürdigem 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 meist 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.

In der ethischen Urteilsbildung zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe spielen verschiedene ethische Prinzipien, Argumente und Ebenen eine Rolle. Sie werden ab Seite 9 vorgestellt und diskutiert.

Assistierter Suizid nach dem Sterbeverfügungsgesetz

Beihilfe zur Selbsttötung war in Österreich uneingeschränkt strafrechtlich verboten (§78 StGB). Im Dezember 2020 hat der Verfassungsgerichtshof geurteilt, dass das absolute Verbot des assistierten Suizids verfassungswidrig ist. Er hat das Verbot mit Wirkung Ende 2021 aufgehoben und die Politik aufgefordert, den assistierten Suizid gesetzlich zu regeln, um Missbrauch vorzubeugen. Diese Regelung wurde zum einen vorgenommen durch eine Änderung von §78 StGB [>> > [Rechtslage](#)] und zum anderen mit dem so genannten Sterbeverfügungsgesetz (StVfG). Tötung auf Verlangen ist weiterhin strafrechtlich

verboten (§77 StGB).

Auf diese neue Situation geht der folgende Teil des Argumentariums genauer ein. Neben einem Überblick über die [>> Eckpunkte des StVfG](#) bietet er Erwägungen zu zwei Fragestellungen: Erstens werden die aktu-

den praktischen Umgang mit assistiertem Suizid in Seelsorge, diakonischen Einrichtungen und auch Pfarrgemeinden gerichtet. PfarrerInnen, SeelsorgerInnen, MitarbeiterInnen der Diakonie, aber auch jeder und jede Evangelische muss nunmehr

» » *Assistierter Suizid darf nicht zum gesellschaftlichen Normalfall werden. Daher tut die Diakonie alles und noch mehr, damit sich Menschen mit Sterbewunsch für das Leben entscheiden können.*



ellen Entwicklungen und das StVfG aus evangelischer Perspektive reflektiert. Zweitens wird der Blick auf

damit rechnen, dass sich jemand mit der Bitte nach Hilfe beim Suizid an ihn/sie wendet. Wie damit umgehen?

Eckpunkte des StVfG

Das Sterbeverfügungsgesetz soll regeln, unter welchen Voraussetzungen die Beihilfe zur Selbsttötung jedenfalls straffrei ist. Dazu führt es das Instrument der Sterbeverfügung ein. Die Sterbeverfügung ist „eine Willenserklärung, mit der eine sterbewillige Person ihren dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschluss festhält, ihr Leben zu beenden“ (§ 3 StVG). Sie berechtigt zum Bezug eines tödlichen Präparats. Das StVfG legt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit einer Sterbeverfügung fest.

Was genau heißt Beihilfe nach dem StVfG?

Das Gesetz definiert „Hilfeleistung“ als „physische Unterstützung bei der Durchführung“ (Abholung des tödlichen Präparats aus der Apotheke, Übergabe an die sterbewillige Person, Legen einer Infusion, die die sterbewillige Person selbst öffnet, aber auch Organisation allfälliger Reisen in andere Länder, wo der assistierte Suizid ohne die in Österreich geltenden Voraussetzungen durchgeführt wird). Ärztliche Aufklärung und die Mitwirkungen an der Errichtung der Sterbeverfügung fällt nach dem Gesetz explizit nicht unter Hilfeleistung. Implizit fallen Information, Beratungen sowie psychologische, seelsorgliche oder persönliche Begleitung ebenfalls nicht unter Hilfe.

Voraussetzungen für die Errichtung einer Sterbeverfügung:

- schwere und dauerhafte Erkrankung
- Selbstbestimmungsfähigkeit und tatsächlicher freier Entschluss
- Volljährigkeit.

Vorgesehen ist eine Art Prozess in mehreren Schritten:

1. Verpflichtende ärztliche Aufklärung

- durch zwei ÄrztInnen, von denen eine/r eine palliativmedizinische Qualifikation haben muss.
- Die Aufklärung muss umfassen:
 - mögliche Behandlungsalternativen
 - palliativmedizinische Möglichkeiten und Hospizversorgung
 - Information über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Vorsorgedialog
 - Informationen über das todbringende Präparat (Wirkung, Dosierung, für die Verträglichkeit nötige Begleitmedikation)
 - Hinweis auf weitere konkrete Angebote (psychotherapeutisches Gespräch, Beratungen).
- Beide ÄrztInnen bestätigen unabhängig voneinander die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person und ihre freie, selbstbestimmte Äußerung des Entschlusses.
- Jene ÄrztIn, die über die Behandlungsalternativen aufklärt, muss bestätigen, dass eine schwere und dauerhafte Erkrankung vorliegt.
- Ein/e ÄrztIn muss die Dosierungsanordnung für das todbringende Präparat dokumentieren.
- Bei Hinweisen auf eine krankheitswertige psychische Störung, deren Folge der Sterbewunsch sein könnte, muss eine dritte Person mit psychiatrischer bzw. psychologischer Kompetenz zur Feststellung der aus- ➔

reichenden Entscheidungsfähigkeit beigezogen werden.

2. Wartefrist

12 Wochen bzw. 2 Wochen, wenn die Krankheit voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten zum Tod führt (terminale Phase)

3. Errichtung der Sterbeverfügung

- vor NotarIn oder juristischer MitarbeiterIn der Patienten-anwaltschaft innerhalb eines Jahres nach der zweiten ärztlichen Aufklärung
- berechtigt zum Bezug des tödlichen Präparats innerhalb eines Jahres ab Errichtung.

4. Bezug des tödlichen Präparats in der Apotheke

- Abholung durch die sterbewillige Person selbst oder durch eine dritte Person, die in der Sterbeverfügung genannt ist
- Lieferung durch die Apotheke
- Sichere Aufbewahrung.

5. Durchführung des Suizids

- Hierzu trifft das Gesetz keine expliziten Regelungen.
- Die Selbstbestimmungsfähigkeit muss auch zum Zeitpunkt der Durchführung gegeben sein. Sonst handelt es sich juristisch um eine Fremdtötung. 

Das StVfG aus evangelischer Sicht

Die >> *evangelische Position* ist klar: Beihilfe zum Suizid soll nicht zum Normalfall werden. Daher haben sich die evangelischen Kirchen nie für eine Aufhebung des Verbots des assistierten Suizids ausgesprochen, sehr wohl aber für rechtliche Regelungen, die für dramatische Ausnahmefälle Möglichkeiten der Straffreiheit vorsehen. Der Verfassungsgerichtshof ist darüber hinaus gegangen. Dies ist in einer Demokratie zur Kenntnis zu nehmen, auch aus evangelischer Sicht.

Vor diesem Hintergrund sprechen sich Kirchen und Diakonie aus für ein **Schutzgesetz** mit dem Ziel:

- Menschen in einer existenziell schwierigen Situation, in der sie besonders vulnerabel sind, vor Missbrauch und Druckausübung zu schützen, und die tatsächliche freie Willensbildung sicherzustellen.
- Die Gewissensfreiheit derjenigen, die um Suizidhilfe gefragt werden, zu schützen: Das Selbstbestimmungsrecht, Hilfe dritter beim Suizid in Anspruch zu nehmen, muss unterschieden werden von einer Verpflichtung dritter zur Hilfeleistung, eine solche ist aus evangelischer Sicht ausgeschlossen.
- Rechtssicherheit für unterstützende Personen.

Einschätzung des StVfG

Zentral ist, dass das Gesetz den Schutz der **Gewissensfreiheit** vorsieht. Niemand ist zur Hilfeleistung im engeren Sinne [*>> Was genau heißt Beihilfe nach dem StVfG*], zur ärztlichen Aufklärung oder zur Errichtung einer Sterbeverfügung verpflichtet. Ziel des Gesetzes ist nicht die Definition, unter welchen Voraussetzungen jemand das Recht hat, sich das Leben zu nehmen, und schon gar nicht die Bewertung von Leben als lebenswert oder lebensunwert. Ziel des Gesetzes ist festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Beihilfe zum Suizid straffrei bleiben soll. Dies beinhaltet auch den **Schutz vor Missbrauch**. Dieser bekommt im StVfG sehr hohes Gewicht – gleichzeitig wird auch der vom VfGH geforderten Selbstbestimmung Rechnung getragen. Zentral für den Missbrauchsschutz sind insbesondere das zweistufige Verfahren in der Errichtung einer Sterbeverfügung und die Dokumentationsanforderungen. In der Praxis zeigt sich das Problem, dass es nicht einfach ist, ÄrztInnen zu finden, die bereit sind, zu beraten und zu begutachten. Diese Hürden bei der Inanspruchnahme von Suizidhilfe werden wohl dazu führen, dass das StVfG wieder vor dem Verfassungsgerichtshof landet. Gleichzeitig steht zu vermuten, dass das anspruchsvolle Verfahren dazu führen wird, dass Sterbehilfeorganisationen entstehen, die eine Art Case-Management übernehmen.

Diese beiden Punkte verdeutlichen die Dilemmata, in die strenge Missbrauchsschutz-Regelungen führen.

Wirklich selbstbestimmt entscheiden kann nur, wer gut informiert ist und über verschiedene Handlungsoptionen verfügt. [*>> Autonomie*] Besonders am Lebensende ist es wichtig, über die Möglichkeiten der **Palliativversorgung** und Schmerzlindeung gut informiert zu sein. Denn die Angst vor Schmerzen ist ein häufiger Grund für Sterbewünsche. Ärztliche und insbesondere palliativmedizinische **Beratung**, wie sie im Gesetz verpflichtend vorgesehen sind, wirken präventiv und können Suizide verhindern. Auch hier gibt es wieder ein praktisches Problem: Das Angebot von Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich weist große Lücken auf. Es gibt Pläne, diese Lücken zu schließen, doch das wird Zeit in Anspruch nehmen. Und es fehlt ein Rechtsanspruch auf Hospiz- und Palliativversorgung.

Müsste nicht auch verpflichtend ein/e **PsychiaterIn** beigezogen werden? lautet eine häufig gestellte kritische Frage. Es ist richtig, dass Suizidwünsche Teil einer psychischen Erkrankung sein können bzw. dass psychische Erkrankungen die Selbstbestimmungsfähigkeit einschränken. Wenn die aufklärenden ÄrztInnen auch nur den leisesten Verdacht haben, dass dies der Fall sein könnte, müssen sie als dritte Stimme eine/n PsychiaterIn oder einen klinischen

PsychologIn beziehen. Damit ist ein Sorgfaltskriterium zum Schutz der betroffenen Personen gegeben.

Zur **Situation des Suizids selbst** trifft das Gesetz keine Regelung. D.h. es ist keine ärztliche oder andere Begleitung beim Suizid verpflichtend vorgeschrieben, sie ist aber natürlich auch nicht verboten. Die Gestaltung des Abschieds erfolgt im privaten Rahmen. Die Absicht des Gesetzgebers dahinter ist, dass er die Überwälzung der Aufgabe an die Ärzteschaft und das Entstehen eines Berufsbilds „professionelle SuizidassistentInnen“ hintanhalten will. Dies ist aus evangelischer Sicht zu begrüßen.

Auf Wunsch nach assistiertem Suizid antworten

Wie sollen wir in evangelischen Pfarrgemeinden und diakonischen Einrichtungen mit Wünschen nach assistiertem Suizid umgehen? Zwei fiktive Szenarien aus dem Bereich Alten- und Pflegeheim verdeutlichen das Dilemma hinter dieser Frage:

Szenario 1: Erschöpft kommt Frau Schüller vom Besuch bei ihrer Mutter im Pflegeheim nach Hause. Das Gespräch, das sie soeben mit der Mutter geführt hat, hatte sie zutiefst irritiert. Die Mutter hat der Tochter erzählt, dass Frau Mair, die zwei Zimmer weiter wohnt, Beihilfe zum Suizid in Anspruch genommen hat. Die Tochter macht sich Sorgen: Denkt ihre Mutter in eine ähnliche Richtung? Wie passt das zur Kultur eines Pflegeheims, das doch für alte Menschen sorgen soll?

Szenario 2: Es ist der letzte Abend, den Herr Huber im Pflegeheim verbringt. Drei Jahre hat er hier gelebt. Das Heim ist sein Zuhause. Sein letztes Zuhause. Dachte er. Doch jetzt muss er ausziehen. Herr Huber will assistierten Suizid in Anspruch nehmen. Im Heim hat man ihn auf die Grundsätze des Hauses verwiesen: Assistierter Suizid ist hier nicht möglich, das ist nicht vereinbar mit moralischer Haltung und Kultur des Hauses. Herr Huber fühlt sich allein gelassen von den Menschen, die drei

Jahre lang für ihn gesorgt haben.

Evangelische Kirchen und Diakonie müssen sich dem Thema assistierter Suizid stellen, ob sie wollen oder nicht. Und zwar nicht nur in Form abstrakter ethischer Fragen wie: Wie passt der assistierte Suizid zu unserer christlichen Grundhaltung? Sondern praktisch. Konkret. Wenn Menschen, die unserer Sorge anvertraut sind, sagen: Ich halte das nicht aus, ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr ...

Freilich, dass Menschen Sterbewünsche äußern, ist nichts Neues. Aber jetzt ändern sich die Konsequenzen, die Menschen aus ihrem Sterbewunsch ziehen können. Das fordert insbesondere SeelsorgerInnen und Mitarbeiter-

der Einnahme begleitend anwesend? Aus Sicht der evangelischen Ethik gibt es auf all diese Fragen keine allgemein gültigen Antworten. Denn es handelt sich um ethische Konflikte bzw. ethische Dilemmata. [[>> Eindeutiges Urteil oder bleibender Konflikt?](#)] Evangelische Ethik ist zurückhaltend gegenüber kategorischen Urteilen bei solchen Konflikten. Sie sind immer in der jeweiligen Situation, im konkreten Fall zu beurteilen. Es gehört zum Wesen ethischer Dilemmata, dass sie sich nicht einfach auflösen lassen, dass es keine „ethisch reinen“ Antworten gibt. Wie die Evang. Kirche in Österreich in ihrer Stellungnahme zum Thema Ster-

» *Wer nicht leben kann, dem hilft auch der Befehl, dass er leben soll, nicht weiter.*

(Dietrich Bonhoeffer)



Innen der Diakonie neu heraus. Man kann sich nicht mehr hinter dem Verbot des assistierten Suizids verstecken. Das mag paradox klingen – aber „das Gute“ am Sterbeverfügungsgesetz ist: Es zwingt hinzusehen. Besser zu begleiten. Offenere Gespräche über Sterbewünsche zu führen. Auch wenn es schwer ist. Nur so werden Sterbewünsche „beantwortbar“. Sie sind in den meisten Fällen Ausdruck schwerer existenzieller Krisen. Und denen sollen sich gerade evangelische Kirchen und Diakonie stellen.

Ethisch geht es im Kern um die Frage: Was wiegt mehr? Die ethische Beurteilung des assistierten Suizids als Handlung an sich – oder die care-ethische Haltung der Zuwendung zum Einzelnen in seiner Not ebenso wie in seiner Selbstbestimmung? Praktisch fächert sich die Grundfrage „Was tue ich, wenn mich jemand um Hilfe bei Suizid bittet?“ auf in viele konkrete Fragen, die das StVfG mit sich bringt: Organisiere ich Beratung? Organisiere ich einen Notar? Organisiere ich Abholung des Mittels aus der Apotheke? Bin ich in der Situation

behilfe aus dem Jahr 1997 formuliert: „Es ist klar, dass Entscheidungen in Konfliktfällen per Definition immer auch gute Argumente gegen sich haben und damit in gewisser Weise ein Element des Schuldig-Werdens in sich tragen.“

Jede und jeder Einzelne ist gefordert, sich selbst in seinem Gewissen ein Urteil zu bilden und verantwortet zu handeln. Gleichwohl haben Organisationen auch die Verantwortung, ihre MitarbeiterInnen bei solch schwierigen Entscheidungen nicht alleine zu lassen und ihnen eine Hilfe zur Urteilsbildung an die Hand zu geben. Die Diakonie hat für ihre MitarbeiterInnen eine kurze Handreichung [»> Haltung der Diakonie zum assistierten Suizid nach dem StVfG](#) erarbeitet, die auch kirchlichen MitarbeiterInnen, PfarrerInnen, SeelsorgerInnen, Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen als Orientierungshilfe dienen mag. Sie ist getragen von der care-ethischen Haltung, Menschen nicht alleine zu lassen, besonders wenn sie mit existenziellen Fragen ringen.

Haltung der Diakonie zum assistierten Suizid nach dem StVfG

Die Person im Mittelpunkt: Im Mittelpunkt der Diakonie steht der Mensch: die einzelne Person in ihrer unantastbaren Würde und ihrer Einmaligkeit, mit ihren besonderen Begabungen und persönlichen Bedürfnissen, mit ihren Werten und Vorstellungen vom guten Leben, in ihrer Verletzlichkeit und Endlichkeit. Jeder Mensch ist von Gott geliebt.

Solidarität mit Sterbenden: Sterblichkeit gehört zum Menschsein. Das Sterben gehört zum Leben. Es ist der letzte große Weg, den wir im Leben gehen. In der Diakonie pflegen wir einen offenen und zuverlässigen Umgang mit Verletzlichkeit, Sterben und Tod. Diakonie steht für existenzielle Solidarität mit Sterbenden.

Existenzielle Solidarität heißt: Da sein für Sterbende. Dazu gehören auch ernstnehmen und achtsames wahrnehmen von Sterbewünschen.

Als Diakonie wollen wir Menschen stärken, die Kraft und den Willen zum Leben zu finden.

Wert des Lebens: Das Leben ist ein Geschenk Gottes. Jedes Leben ist für die Diakonie unbeschreiblich wertvoll, gerade in seiner Verletzlichkeit.

Die Sorge für das Leben steht für uns im Zentrum. Sorge für das Leben heißt für die Diakonie auch, die Selbstbestimmung des:der Einzelnen zu achten.

Weg der Diakonie am Ende des Lebens: Wir begleiten Menschen in ihrer letzten Lebensphase mit palliativen und Hospizangeboten. *Palliative care*, Hospizbegleitung und *spiritual care* sind Ausdruck der Kultur, der Werte und der Überzeugung der Diakonie.

Als Diakonie stehen wir dafür: Assistierter Suizid darf nicht zum gesellschaftlichen Normalfall werden. Assistierter Suizid ist für uns kein Mittel der Wahl. Wir tun alles und noch mehr, damit sich Menschen mit Sterbewunsch für das Leben entscheiden können.

Aber was tun wir, wenn sich Einzelne trotzdem nicht für das Leben entscheiden?

Umgang der Diakonie mit assistiertem Suizid: Wir bewegen uns in der Diakonie in einer Art Korridor, der auf zwei Seiten durch Leitplanken begrenzt ist: Einerseits kann assistierter Suizid kein Leistungsangebot der Diakonie sein. Andererseits lassen wir als Diakonie Menschen, die sich tragischer Weise nicht für das Leben entscheiden, nicht alleine.

Was heißt: Assistierter Suizid ist kein Leistungsangebot der Diakonie?

Leistungsangebote der Diakonie am Ende des Lebens sind Palliativversorgung, Hospizbegleitung, Vorsorgedialog, psychologische und seelsorgliche Begleitung. Diese Angebote gehören zum geregelten Ablauf in unseren Einrichtungen. Assistierter Suizid kann nicht zum geregelten Angebot in unseren Einrichtungen gehören. Es gibt keinen Anspruch auf die Erfüllung des Wunsches nach Beihilfe zur Selbsttötung durch Mitarbeiter:innen der Diakonie.

Was heißt: Wir lassen Menschen, die sich nicht für das Leben entscheiden, nicht alleine?

Es ist nicht ausgeschlossen, dass es in Einzelfällen zu einem assistierten Suizid in einer Einrichtung der Diakonie kommen kann. Wenn Mitarbeiter:innen der Diakonie um Hilfe gebeten werden, dürfen sie den Wunsch nicht überhören, sondern sind gefordert, ihn ernst zu nehmen, das offene Gespräch zu suchen, Fragen zu beantworten und Informationen zur Verfügung zu stellen – immer mit dem Ziel der Suizidprävention. Erweist sich der Wunsch als manifest, ist es in Ausnahmefällen angesichts schweren Leidens möglich, dass Unterstützung in Erwägung gezogen wird. In solchen Situationen werden kommunikative Schutzräume gebildet, in denen der Suizidwunsch weiter besprochen werden kann. Der Präventionsgedanke bleibt leitend.

Wie passt der Umgang der Diakonie mit assistiertem Suizid zur christlichen Ethik? Das Leben als Geschenk Gottes ist unbedingt schützenswert. In der konkreten diakonischen Praxis haben wir aber zu tun mit Menschen, die in einer existenziellen Krisensituation sagen: Ich halte das nicht aus, ich kann nicht mehr. In diesen Situationen existenzieller Not ist Barmherzigkeit gefragt.

Wir orientieren uns an einem Gedanken des evangelischen Theologen Dietrich Bonhoeffer: „Wer nicht leben kann, dem hilft auch der Befehl, dass er leben soll, nicht weiter.“ Und wir stellen den einzelnen Menschen in seiner existenziellen Not über die grundsätzliche ethische Beurteilung des assistierten Suizids. Ansonsten würden wir Menschen, die sich uns als Diakonie anvertraut haben, etwas schuldig bleiben.

Insbesondere Informationen zu geben und mit Beratung und Empathie zur Seite zu stehen, bedeutet nicht nur Achtung der Autonomie der Betroffenen, sondern hat auch suizidpräventive Wirkung. Wir wollen als Diakonie Sterbewünsche nicht tabuisieren, sondern ernst nehmen und offen darüber ins Gespräch kommen, um dem Leben zu dienen.



Töten oder Sterbenlassen

Hinter den unterschiedlichen ethischen Bewertungen von Abbruch/Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen sowie Schmerztherapie bei lebensverkürzender Wirkung auf der einen und aktiver Sterbehilfe auf der anderen Seite 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 Todesertritts. 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 beabsichtigt? 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 Scha-

» 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.)

den der Lebensbeendigung rechtfertigen. Diese Position wird als *Äquivalenzthese* bezeichnet. Sie wird vor allem von säkularen EthikerInnen vertreten.

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 Aus-

nahmesituationen. 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 Konflikthaftigkeit ethischer Entscheidungen am Lebensende ins Zentrum stellt, will die evangelische Ethik zwei Problemen gerecht werden: Erstens besteht in der Praxis oft Unsicherheit darüber, welches medizinische Tun oder Unterlassen ein Verstoß gegen das Verbot der aktiven Sterbehilfe ist. Realiter sind die Grenzen zwischen Therapiebegrenzung und aktiver Sterbehilfe im medizinischen Alltag nicht immer einfach und eindeutig zu bestimmen. Die Evangeli-

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 schrecklichen Mitteln? Angesichts der moralischen Tragik, die in solchen Konflikten steckt, plädieren die Evangelischen Kirchen – weit davon entfernt, Suizidhilfe zum gesellschaftlichen Normalfall machen zu wollen –

er/sie leben will und was für sie/ihn ein gutes Leben ist. Das meint nicht Beliebigkeit. Das bedeutet nicht, ich habe die Freiheit, zu tun, was ich will. In der Moral übersetzt sich Freiheit vielmehr in Verantwortung. Wer moralisch handelt, handelt (eigen)verantwortlich. Die entsprechende Entscheidungsinstanz ist das Gewissen. Recht und Moral sind also nicht deckungsgleich. Sie stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander: Je mehr Handlungsspielraum das Recht eröffnet, desto größer der Bedarf an eigener moralischer Urteilsbildung und persönlicher Verantwortung. Je mehr das Recht den Handlungsspielraum begrenzt, desto weniger Raum bleibt umkehrt der Gewissensfreiheit.

Auch in der Sterbehilfe-Debatte geht es darum, wie viel Spielraum dem Gewissen der Gesellschaftsmitglieder eingeräumt werden soll und was für alle rechtsverbindlich geregelt werden soll. Anders formuliert: Sind Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen Verhaltensweisen, die der Staat regeln bzw. sanktionieren soll? Muss bei Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen die Freiheit des Einzelnen eingeschränkt werden, damit sie mit der Freiheit von jedermann überein 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 weltanschaulichen bzw. einem ethisch relevanten gesellschaftlichen Konflikt zu tun, in dem verschiedene ProtagonistInnen bzw. Gruppen versuchen, ihre moralische Haltung in allgemein verbindliches 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 und mehr zugestehen wollen, stehen sie dem Trend zur Verrechtlichung der Sterbehilfe skeptisch gegenüber.

» 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)

schen Kirchen sprechen sich daher dagegen aus, das Verbot der Tötung auf Verlangen in Verfassungsrang zu heben. Das würde zu dieser Verunsicherung beitragen und womöglich das Patientenverfügungsgesetz aushöhlen.

Die bleibende Konflikthaftigkeit ethischer Entscheidungen am Lebensende 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 ÄrztInnen wiederfinden, die mit dem Leid und der eindringlichen Bitte eines Sterbewilligen konfrontiert sind,

für rechtliche Regelungen, die dem Gewissen Spielraum lassen und für dramatische Ausnahmefälle Möglichkeiten der Straffreiheit vorsehen.

Recht und Moral

Der letzte Punkt führt zur komplexen Frage nach dem Verhältnis zwischen Recht und Moral. Recht schafft Freiheit, indem es Grenzen setzt. Die Aufgabe des Rechts ist es, die Freiheit eines jeden so einzuschränken, dass sie mit der Freiheit anderer zusammenstimmt. Moral heißt, dass der/die Einzelne für sich überlegt und entscheidet, welches Leben

» Die Würde im Schmerz, im Leiden und in der Verzweiflung zu respektieren, 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 begründbare Handlung ist gefordert, sondern die Bereitschaft von allen Beteiligten, Verantwortung zu übernehmen ... sowie - aus christlicher Perspektive - im Ernstfall auch das Bewusstsein und die Entschlossenheit, schuldig zu werden.

(Schweizer Evangelischer Kirchenbund, 2007)

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 Lebens-

vollzug. 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 Bedingungen haben Einfluss auf unsere Entscheidungen. Ich kann mehr oder weniger autonom entscheiden – je nachdem, welche Möglichkeiten mir die Gesellschaft

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. Hier geht es in der

» *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)



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, Pflegeangebote, persönliche Assistenz für Menschen mit Behinderungen und Suizidprävention Bedingungen zu schaffen, die Menschen wirkliche Optionen eröffnen und sie nicht in Sterbewünsche

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: <https://www.sterbehilfe-debatte.de/neues/archiv-2011/26-08-11-orientierungshilfe-evangelische-kirchen-in-europa-zu-sterbehilfe/>

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

Download: <http://www.evang.at>

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

Download: www.evref.ch

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

Download: https://www.ekd.de/ekdtext_97.htm

Evangelium vitae (1995).

Enzyklika 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: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen, Stellungnahme der Bioethikkommission vom 9. Februar 2015

Abrufbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>

Beihilfe zum Suizid, Fachinfos zu aktuellen Parlamentsthemen, abrufbar unter:

<https://fachinfos.parlament.gv.at/tag/beihilfe-zum-suizid/>

Diakonie Österreich, Stellungnahme zu dem Ministerialentwurf betreffend Bundesgesetz, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen und das Suchtmittelgesetz sowie das Strafgesetzbuch geändert werden

Download: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/SNME/SNME_110650/index.shtml

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

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

Impressum:

löThE Argumentarium Nr.1/2. überarbeitete Auflage 2022

Medieninhaberin: Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie.

Herausgeber: Dr. Michael Bünker.

Autorin: Dr. Maria Katharina Moser

Redaktionskontakt: ethik@diakonie.at

Grafik: Elisabeth Frischengruber

Mit der Publikationsreihe „Argumentarium“ greift das löThE gesellschaftlich virulente, ethische Fragen auf, stellt Diskurse und Argumente vor und kommentiert sie aus evangelischer Perspektive. Das Argumentarium will Orientierung bieten und zur persönlichen ethischen Meinungsbildung anregen. Bisher erschienen: Sterbehilfe (Nr. 1/2015), Demenz (Nr. 2/2016), Flucht und Asyl (Nr. 3/2017), Fortpflanzungsmedizin und Behinderung (Nr. 4/2017), Was ist eigentlich gerecht? (Nr. 5/2018), Menschenrechte und Soziale Arbeit (Nr. 6/2019), Ethische Konflikte in Zeiten von Corona (Nr. 7/2020), Schöpfungsverantwortung (Nr. 8/2021)

<http://ethik.diakonie.at>