

---

EKD

Herausgegeben  
vom Kirchenamt der  
Evangelischen  
Kirche in Deutschland  
(EKD)  
Herrenhäuser Straße 12  
30419 Hannover

---

TEXTTE

97

Wenn Menschen sterben wollen  
Eine Orientierungshilfe zum Problem  
der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung

Ein Beitrag des Rates  
der Evangelischen Kirche in Deutschland



# Inhalt

Vorwort	5
1 Einleitung	9
2 Die Diskussion über die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung	11
2.1 Medizinische und standesethische Aspekte	11
2.2 Rechtliche Aspekte	15
2.2.1 Derzeitige Rechtslage in Deutschland	15
2.2.2 Diskussion der Rechtslage und Änderungsvorschläge	16
2.3 Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen und die Debatte darüber	19
2.3.1 Die Diskussion in Deutschland	19
2.3.2 Suizidbeihilfe in der Schweiz	20
3 Ethische Beurteilung	24
3.1 Grundsätzliche Überlegungen	24
3.2 Individual- und sozialetische Perspektiven	27
3.2.1 Individualethische Beurteilung	27
3.2.2 Sozialetische Beurteilung	29
4 Fazit	34
Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung	35



## Vorwort

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) ist dem Schutz des menschlichen Lebens und der menschlichen Würde verpflichtet. Dies gilt für das menschliche Leben in all seinen Phasen; es gilt deshalb auch und in besonderer Weise an den Grenzen und Rändern des Lebens. Wenn Menschen ins Leben treten, wenn ihr Leben gefährdet ist und wenn es sich seinem Ende zuneigt – in all solchen Fällen stehen Lebensschutz und Menschenwürde in besonderer Weise auf dem Spiel. Die Grundsätze, denen die EKD in solchen Fragen folgt, hat sie zusammen mit der katholischen Deutschen Bischofskonferenz und anderen christlichen Kirchen in der Schrift „Gott ist ein Freund des Lebens: Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“ (Gütersloh 1989) formuliert. So gehört es zu den besonderen Aufgaben der christlichen Kirchen, die Würde der Sterbenden zu achten, die Unverfügbarkeit des Lebens anderer Menschen zu wahren, zum Leben Mut zu machen, beim Sterben zu begleiten. Die „Tötung auf Verlangen“ (auch als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet) ist auch bei einem todkranken Menschen ethisch nicht zu vertreten. Immer kommt es vielmehr darauf an, Sterbende zu trösten, ihr Leiden zu lindern und ihnen die Gewissheit zuzusprechen, dass ihr Leben von Gott gewollt und gesegnet ist.

Solche klaren Aussagen werden nicht nur in kirchlichen Dokumenten vertreten; sie finden sich vielmehr ebenso in verbindlichen Äußerungen aus der Ärzteschaft. Trotzdem kommt es immer wieder dazu, dass dieser Grundkonsens durch beunruhigende Debattenbeiträge in Zweifel gezogen wird; Meinungsfragen legen Veränderungen in der Einstellung breiterer Bevölkerungskreise zu solchen Fragen nahe. In besonderer Weise gilt dies für das Problemfeld der Hilfe zur Selbsttötung. So treten kommerzielle „Sterbehilfeorganisationen“ auf; es werden Maschinen und Mechanismen zur Selbsttötung vorgestellt und angeboten; über das Internet lassen sich so genannte „Exit Bags“ erwerben, die einen „humanen Tod“ aus der Tüte versprechen.

Diese Diskussionslage hat die Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD dazu veranlasst, sich mit dem Problem des ärztlich assistierten Suizids zu beschäftigen. Die Eingrenzung der Thematik auf die „ärztliche“ Beihilfe zur Selbsttötung ist dabei überzeugend. Denn Ärzte und Ärztinnen stehen in einer besonderen Verantwortung, wenn Menschen in hohem Alter oder angesichts von schwerer Krankheit sterben wollen und von ihnen womöglich Medikamente zur Durchführung eines Suizids erbitten. Der Text widmet sich somit einer ebenso brisanten wie eingegrenzten Thematik.

Neben den großen Themen, die die Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD seit ihrer Neukonstituierung im Jahr 2004 auf Wunsch des Rates zu bearbeiten

hatte und die zur Veröffentlichung einer neuen Friedensdenkschrift (2007) sowie einer zweiten „Denkschriften-Denkschrift“ (2008) führten, standen von Anfang an auch medizin- und bioethische Themen im Blickpunkt der Kammer. Bereits im Jahr 2005 legte sie einen Text zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht vor, der in der Reihe der EKD-Texte als Nr. 80 unter dem Titel „Sterben hat seine Zeit“ veröffentlicht wurde.

Mit der jetzt vorgelegten Schrift, die der Rat der EKD sich wegen ihres ethisch orientierenden Gehalts und ihrer großen argumentativen Klarheit zu Eigen machte, vertritt die EKD in der aktuellen Debatte eine dezidierte Position:

- Eine rechtliche Einschränkung der Garantenpflicht des Arztes wird verworfen.
- Die Möglichkeit einer Verankerung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid im Recht wird abgelehnt; jedoch wird der Verantwortungs- und Handlungsspielraum des Arztes im Blick auf die Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls unterstrichen.
- Es wird vorgeschlagen, auf politischer Ebene auf das Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung und damit auf ein Verbot von Sterbehilfeorganisationen nach Schweizer Muster hinzuwirken.

Vorbildlich ist dabei besonders auch die Argumentationsweise des Textes: Medizinische, standesethische, rechtliche und ethische Aspekte solcher Situationen werden im vorliegenden Text berücksichtigt, voneinander unterschieden und zugleich sinnvoll zueinander in Beziehung gesetzt. Die zitierten Beispiele aus anderen europäischen Ländern, vor allem der Schweiz, haben exemplarischen Charakter. Eine vollständige Überblicksdarstellung zur Problemlage in Europa insgesamt ist nicht beabsichtigt; sie könnte in einem Text dieser Länge auch gar nicht geleistet werden.

Der Rat der EKD ist der Kammer für Öffentliche Verantwortung für diesen Beitrag außerordentlich dankbar. Der Dank gilt besonders Frau *Dr. Andrea Dörries* (Hannover), die die Federführung in der von der Kammer eingerichteten Arbeitsgruppe zu medizin- und bioethischen Fragen hatte. In dieser Arbeitsgruppe wirkten ferner engagiert mit:

*Prof. Dr. Johannes Fischer* (Zürich);  
*Dr. Christiane Kohler-Weiß* (Meckenbeuren);  
*Rechtsanwältin Ulrike Riedel* (Berlin).

Ebenfalls waren in bewährter Weise der Vorsitzende der Kammer für Öffentliche Verantwortung, *Prof. Dr. Wilfried Härle* (Heidelberg), und deren Geschäftsführer, Oberkirchenrat *Dr. Eberhard Pausch* (Hannover), an der Entstehung und Formulierung des Textes beteiligt.

Da dieses Thema seit einiger Zeit auf der politischen Ebene, etwa im Bundesrat, strittig diskutiert wird und auch deshalb an einer Stellungnahme der christlichen Kirchen zu dieser Problematik Interesse besteht, ist dem Rat der EKD sehr daran gelegen, diesen Beitrag so rechtzeitig zu veröffentlichen, dass er – auch politisch – Gehör finden kann. Gerade angesichts der aktuellen Debatten gilt es, unzweideutig für den Schutz des menschlichen Lebens und seiner Würde vom Anfang bis zum Ende einzutreten. So will es Gott. In *seinen* Händen steht unser aller Zeit (Psalm 31, 16), in seinen Händen stehen wir selbst.

Berlin/Hannover, im Oktober 2008

*Bischof Dr. Wolfgang Huber*  
Vorsitzender des Rates  
der Evangelischen Kirche in Deutschland





# 1 Einleitung

Die Beihilfe zur Selbsttötung oder, wie der eingeführte Fachbegriff dafür lautet, der assistierte Suizid findet seit einiger Zeit verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit. Für Schlagzeilen sorgte die medienwirksame Eröffnung des Büros einer schweizerischen Sterbehilfeorganisation in Hannover. Sie rückte die Praxis der Suizidbeihilfe jenseits der deutschen Grenzen in das Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit. Große Betroffenheit löste die durch diese Sterbehilfeorganisation organisierte Selbsttötung zweier Deutscher auf einem Parkplatz bei Zürich im November 2007 aus. Politiker verschiedener Parteien forderten daraufhin zumindest auf deutschem Boden gesetzliche Schranken für derartige Aktivitäten. Umstritten ist allerdings, ob diese sich nur auf die Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen beziehen sollen oder generell auf den assistierten Suizid. So gibt es umgekehrt Vorstöße, die ärztliche Suizidbeihilfe rechtlich zu erleichtern. Unter anderem wird darauf verwiesen, dass man sich fragen müsse, warum Deutsche ins Ausland fahren, um sich das Leben zu nehmen. Vor allem im juristischen Bereich gibt es verschiedene Überlegungen und Empfehlungen, die darauf zielen, die ärztliche Mitwirkung bei einem Suizid bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen straffrei zu stellen.

In der Problematik des assistierten Suizids bündeln sich verschiedene Aspekte und Fragen. Vielen Menschen erscheint der assistierte Suizid als ein möglicher letzter Ausweg aus einer Situation unerträglichen Leidens oder des krankheitsbedingten Verlustes der Kontrolle über das eigene Leben. Daher sollte es nach ihrer Auffassung diese Möglichkeit geben, und es sollte der Selbstbestimmung des einzelnen überlassen bleiben, ob er diese Möglichkeit für sich in Anspruch nehmen will. Es gehört zum Selbstverständnis unseres politischen Gemeinwesens, dass es seinen Bürgerinnen und Bürgern einen größtmöglichen Freiraum in ihrer Lebensgestaltung gewährt. Das schließt das Lebensende mit ein.

Auf der anderen Seite berührt dieses Thema elementare Fragen des Verständnisses menschlichen Lebens und Sterbens. Es besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens, dass es gilt, Suizide nach Möglichkeit zu verhindern, und es werden erhebliche Anstrengungen zur Suizidprävention unternommen. Darin zeigt sich ein bestimmtes Verständnis von der Bestimmung menschlichen Lebens und von der gemeinsamen Aufgabe, Menschen nach Möglichkeit zum Leben zu helfen. Es ist die Spannung zwischen diesem Verständnis menschlichen Lebens und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen, der sein Leben beenden möchte, die das Thema des assistierten Suizids so konfliktreich macht. Die Kirche sieht sich durch dieses Thema zu einer Diskussion darüber herausgefordert, ob Christinnen und Christen den assistierten Suizid als eine mögliche Option für sich selbst und für

andere verstehen können. Hier geht es um das christliche Verständnis menschlichen Lebens und Sterbens und um die Bedeutung des christlichen Glaubens für den Umgang mit Erfahrungen schweren Leidens.

Eine besondere Zuspitzung erfährt die Problematik in der kontrovers diskutierten Frage, ob der ärztlich assistierte Suizid explizit im Recht als unter bestimmten Voraussetzungen zulässig verankert werden sollte. Kritiker befürchten, dass dies erhebliche Auswirkungen auf das Verständnis des ärztlichen Berufs und das ärztliche Ethos hätte, denn die Erwartungen, die sich an eine ärztliche Beteiligung am assistierten Suizid richten, stehen in Widerspruch zum geltenden ärztlichen Ethos. Zwar betrifft die Frage der Beihilfe zum Suizid nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Angehörige, das Pflegepersonal und die Seelsorge. Ärztinnen und Ärzte sind jedoch aufgrund der Verschreibungspflicht für tödlich wirkende Mittel in einer besonderen Weise involviert. Auch sind sie es, denen die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit einer suizidwilligen Person obliegt. Dies sind die Gründe, warum diese Berufsgruppe im Zentrum der rechtlichen Debatte steht. Davon betroffen sind freilich nicht nur Ärztinnen und Ärzte. Spiegelt sich doch im Verständnis der ärztlichen Aufgabe und des ärztlichen Berufs die Sicht wider, die eine Gesellschaft auf Leben und Sterben hat. Daher bedürfen die Auswirkungen, die eine rechtliche Verankerung der ärztlichen Suizidbeihilfe auf das ärztliche Ethos haben würde, einer besonders sorgfältigen Prüfung.

Absicht dieser Orientierungshilfe ist es, einen Beitrag zur Klärung dieser Fragen zu leisten. Sie will einerseits im Raum der Kirche eine Diskussion über das Thema des assistierten Suizids anregen, die dessen existentieller Dimension nicht ausweicht und die Bedeutung des christlichen Glaubens für den Umgang mit Leiden und Sterben ins Bewusstsein rückt. Sie wendet sich andererseits an eine weitere Öffentlichkeit und an die Entscheidungsträger im Bereich der Politik und des Rechtes. Sie versucht, möglichst umfassend die medizinischen, rechtlichen, gesellschaftlichen, theologischen und ethischen Aspekte zu berücksichtigen, die in dieser Frage zu bedenken sind. Dabei werden auch Erfahrungen aus dem benachbarten Ausland, besonders aus der Schweiz, einbezogen.

## 2 Die Diskussion über die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung

### 2.1 Medizinische und standesethische Aspekte

Die Begriffe „Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung“ und „Ärztlich assistierter Suizid“ werden im Folgenden synonym verwendet. Hingegen werden die Begriffe Selbstmord und Freitod wegen ihres tendenziell diskriminierenden bzw. tendenziell verharmlosenden Charakters vermieden. Unter ärztlich assistiertem Suizid wird die Mitwirkung eines Arztes oder einer Ärztin bei der Selbsttötung eines Patienten oder Hilfesuchenden verstanden. Diese Mitwirkung kann in der Beschaffung eines tödlichen Medikamentes bestehen oder in der Beschaffung einer Vorrichtung, die dem Suizidwilligen die Selbsttötung ermöglicht, oder in der medizinischen Begleitung und Überwachung eines Suizids. Entscheidend ist in jedem Falle, dass der letzte Schritt durch den Suizidwilligen selbst ausgeführt wird. Dies unterscheidet die „Beihilfe zur Selbsttötung“ ausnahmslos von der „Tötung auf Verlangen“ (auch als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet), die in den Niederlanden und Belgien unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, in Deutschland aber verboten ist. Hierbei verabreicht der Arzt auf Wunsch des Patienten selbst das todbringende Medikament. Als Sterben-Lassen (auch als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet) werden heutzutage zunehmend der dem Krankheitsverlauf angemessene und aufgrund ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willens des Patienten durchgeführte Therapieverzicht oder die Therapiebegrenzung bezeichnet, was beispielsweise auch die Reduzierung und das Absetzen der künstlichen Beatmung beinhalten kann. Unter „Sterbebegleitung“ wird die Unterstützung und Begleitung eines Menschen im absehbaren oder begonnenen Sterbeprozess verstanden. Daneben gibt es die nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung straffreie sog. „indirekte Sterbehilfe“. Sie ist gegeben, wenn die ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation bei einem tödlich Erkrankten als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann. Allerdings kann beim heutigen Wissensstand der Palliativmedizin eine Lebensverkürzung bei einer fachgerechten Medikation nicht mehr eintreten. Die fachgerechte Schmerzmedikation hat nach Angaben der maßgeblichen Palliativmediziner eher eine lebensverlängernde, weil stressmindernde Wirkung.

Die ärztliche Beihilfe zum Suizid gilt bislang als unvereinbar mit dem ärztlichen Ethos. Diesem zufolge ist es Aufgabe des Arztes, Kranke zu heilen und Leben zu schützen.<sup>1</sup> Die derzeitige ärztliche Berufsordnung hat dies noch erweitert um das Lindern von Schmerzen, die Begleitung von Sterbenden und den Schutz der

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu (und zur Gesamthematik des menschlichen Lebensendes) die knappen, treffenden Ausführungen in der Gemeinsamen Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz: „Gott ist ein Freund des Lebens: Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“, Gütersloh 1989, S.105-110. Dort heißt es unter anderem: „Käme ein Arzt solchem Verlangen [nach ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung] nach, so zöge er sich einen zerreißenen Konflikt zu zwischen seiner ärztlichen Berufspflicht, Anwalt des Lebens zu sein, und der ganz anderen Rolle, einen Menschen zu töten ... Das wäre das Ende jedes Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient“ (a.a.O., S.109).

Lebensgrundlagen.<sup>2</sup> Gleichzeitig hat aber in der ärztlichen Ethik in den letzten Jahrzehnten neben dem traditionellen Grundsatz ärztlichen Handelns, der Sorge um das Patientenwohl, das Prinzip der Selbstbestimmung des Patienten einen bedeutsamen Stellenwert erlangt. Im konkreten Fall können die Selbstbestimmung des Patienten und das Gebot der ärztlichen Fürsorge in Konflikt geraten. Ärztliche Hilfe zum Suizid steht dabei gegen den Auftrag des Arztes zur Erhaltung von Leben, zur Wiederherstellung der Gesundheit, zur Linderung von Leiden und zum Beistand bei Sterbenden. Während es mit traditionellem ärztlichen Handeln vereinbar ist, im Sterbeprozess Hilfe, Schmerzlinderung und Begleitung zu leisten, verlangt der Wunsch nach Hilfe zum Suizid, dass mit ärztlicher Unterstützung ein Leben absichtlich und geplant vorzeitig beendet wird.

Im Jahr 2005 begingen in Deutschland 10.260 Menschen einen Suizid (7.523 Männer; 2.737 Frauen).<sup>3</sup> Es muss hierbei aber von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden; geschätzt wird eine um ca. 25% höhere Anzahl.<sup>4</sup> Verlässliche Zahlen über Suizidversuche liegen nicht vor; geschätzt werden ca. zehnmal so viele Suizidversuche. Die Anzahl der Suizide insgesamt hat in Deutschland in den letzten Jahrzehnten abgenommen. Die Suizidrate steigt mit dem Lebensalter; Suizidversuche kommen dagegen vermehrt bei jüngeren Menschen vor. Zwei Drittel begehen nur einen Suizidversuch, ein Drittel begeht mindestens einen weiteren Versuch.

Als Ursache der Suizide und Suizidversuche werden am häufigsten psychische Störungen wie Depressionen und Schizophrenie angegeben. Psychiater gehen davon aus, dass hierbei die Selbstbestimmungsfähigkeit häufig eingeschränkt ist. Ein reiflich überlegter sog. Bilanzsuizid, z. B. im Zusammenhang mit einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung, wird eher als Ausnahme angesehen.<sup>5</sup> Im Zusammenhang mit schweren körperlichen Erkrankungen sind Wünsche nach Suizid häufig verbunden mit Depression und Hoffnungslosigkeit. Wird auf letztere mit palliativen Angeboten und sozialer Unterstützung eingegangen, verschwindet meistens der Wunsch nach einem vorzeitigen Tod.<sup>6</sup>

---

2 Bundesärztekammer: (Muster)-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Stand 24.11.2006; vgl. [www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de). Für Ärzte und Ärztinnen ist die Berufsordnung ihrer jeweiligen Landesärztekammer maßgeblich. Der sehr bekannte Hippokratische Eid, der entgegen einer weit verbreiteten Auffassung weder rechtlich verbindlich ist noch geschworen wird, stellt die traditionelle Selbstverpflichtung des ärztlichen Berufs dar und hat bis heute eine hohe vertrauensbildende Funktion.

3 Statistisches Bundesamt (ZwSt Bonn): Todesursachenstatistik. 2006.

4 Georg Fiedler: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Version 6.0, April 2007, <http://www.suicidology.de/online-texte/daten.pdf>.

5 Peter Netz: Suizidalität im Alter. In: Gabriele Wolfslast, Kurt W. Schmidt (Hrsg.) Suizid und Suizidversuch. Beck, München, 2005, S. 82ff.

6 William Breitbart et al.: Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of the American Medical Association* (2000) 284:2907-2911.

Nach fachärztlicher Einschätzung bestehen häufig Zweifel, ob der Wunsch des Patienten Ausdruck einer selbstbestimmten Entscheidung ist oder ob die Selbstbestimmung nicht vielmehr durch psychische Faktoren eingeschränkt ist, die durch die Erkrankung bedingt sind.<sup>7</sup> Darüber hinaus ist in manchen Fällen schwer abzuschätzen, welchen Einfluss dem Patienten nahestehende Personen und gesellschaftliche Verhaltenserwartungen haben. Seitens der Palliativmedizin, deren Aufgabe die Schmerz- und Leidminderung ist, wird auf den appellativen Charakter des Suizidversuchs als Ruf nach Hilfe hingewiesen. Erfahrungsgemäß verschwinde der Wunsch zu sterben, wenn kompetente Hilfe angeboten würde. Die ärztliche Beurteilung, ob eine Entscheidung zum Suizid selbstbestimmt gefällt wird, kann im Einzelfall sehr schwierig sein.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass es argumentativ nur schwer begründbar ist, einerseits den ärztlich assistierten Suizid moralisch zu legitimieren, andererseits gleichzeitig die Tötung auf Verlangen zu untersagen. Denn Letzteres würde bedeuten, dass einem Patienten, der aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, einen Suizid eigenhändig durchzuführen, diese Möglichkeit in der Regel versagt bliebe. Würde es andererseits Ärzten gestattet, in solchen Fällen eine Tötung auf Verlangen durchzuführen, wäre argumentativ eine ethische Abgrenzung nicht mehr möglich, und eine Ausweitung der Tötung auf Verlangen auch auf andere als unmittelbare Sterbesituationen und auf Situationen fehlender Einwilligungsfähigkeit wäre zu befürchten.

Aus standesethischer Sicht würde eine Öffnung in Richtung auf die ärztliche Beihilfe zum Suizid einen einschneidenden Wandel der Grundprinzipien ärztlichen Handelns bedeuten. Das Vertrauensverhältnis zu einem Berufsstand, dessen Aufgabe die Hilfe bei der Heilung und Linderung von Krankheiten und Schmerzen ihrer Patienten ist, könnte gefährdet werden. Dabei wenden sich nur sehr wenige Patienten mit der Bitte um das Verschreiben oder Besorgen von todbringenden Medikamenten an Ärzte und Sterbehilfeorganisationen.<sup>8</sup>

Der ärztlich assistierte Suizid widerspricht, so die Verlautbarungen der ärztlichen Standesvertretungen, dem ärztlichen Ethos. Die Bundesärztekammer lehnt den ärztlich assistierten Suizid eindeutig ab: „Für die deutsche Ärzteschaft ist Tötung von Patienten, und dazu gehört auch der assistierte Suizid, tabu. Und dabei bleibt es auch!“<sup>9</sup> Als angemessenes Vorgehen werden eine professionelle Betreuung,

---

7 Paul S. Appelbaum et al.: Competence of depressed patients for consent to research. *American Journal of Psychiatry* (1999) 156 :1380-1384.

8 Agnes van der Heide et al.: End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* (2003) 362:345-350. Georg Bosshard et al.: A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. *Journal of Medical Ethics* (2008) 34:28-32.

9 Professor Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, in der Eröffnungsrede des 109. Deutschen Ärztetages in Magdeburg am 23.5.2006.

menschliche Zuwendung und die Begleitung eines Patienten gesehen. Auch die Einrichtung von Hospizen wird neben dem Aufbau der Palliativmedizin als unterstützend gewertet. Initiativen zur Sterbehilfe werden jedoch abgelehnt. Hierbei spielt auch das Argument eine Rolle, dass bei menschlicher Zuwendung und Schmerzlinderung selbst bei schwerkranken Patienten erfahrungsgemäß das Verlangen nach Sterbehilfe schwindet. Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung ist es Aufgabe des Arztes „unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. [...] Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein. Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.“<sup>10</sup>

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin verurteilt den assistierten Suizid. Sie nimmt insbesondere Anstoß daran, dass damit ein „Sterben in Würde“ propagiert, andere Sterbesituationen dagegen als unwürdig dargestellt und damit der „allzu menschlichen Angst vor dem Sterben neue Nahrung“ gegeben würde.<sup>11</sup> Sie spricht sich stattdessen für bessere Angebote bei der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Begleitung am Lebensende aus. Ebenso bezeichnet die World Medical Association die Beihilfe zum Suizid als unethisch („unethical“) und folgert daraus, dass diese verurteilt werden müsse. Der einzelne Arzt und die ärztlichen Organisationen sollten in Ländern, in denen dies erlaubt sei, dem nicht folgen.<sup>12</sup> Empirische Studien zeigen, dass Ärzte in Deutschland einer ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung mehrheitlich kritisch gegenüber stehen.<sup>13</sup>

---

10 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt Nr. 19 vom 07. 05. 2004, S. A 1298(f).

11 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Zu den unterschiedlichen Aktivitäten und Bemühungen für ein „Sterben in Würde“. 1.10.2005, [www.dgp.de](http://www.dgp.de).

12 World Medical Association: Statement on Physician-Assisted Suicide. [www.wma.net](http://www.wma.net), Mai 2005.

13 H. Christof Müller-Busch, Fuat Oduncu, Susanne Woskanjan, Eberhard Klaschik: Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation – a survey of members of the German Medical Association for Palliative Medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy* (2004) 7:333-339.

## 2.2 Rechtliche Aspekte

### 2.2.1 Derzeitige Rechtslage in Deutschland

Die Selbsttötung als solche ist nach deutschem Recht straflos, denn die Tötungsdelikte beziehen sich auf die Tötung eines *anderen* Menschen. Daher ist auch die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid in Deutschland nicht strafbar,<sup>14</sup> es sei denn, der Suizident konnte aufgrund von Willensmängeln nicht freiverantwortlich<sup>15</sup> handeln. Im letzteren Fall kann ein Tötungsdelikt (Totschlag) in mittelbarer Täterschaft vorliegen, das heißt, dass der Täter sich zur Tatausführung eines anderen Menschen als Werkzeug bzw. wie eines Werkzeugs bedient hat. Ein Recht auf Selbsttötung ist aber nicht anerkannt.

Die Abgrenzung der straflosen Beihilfe zur Selbsttötung von der strafbaren Tötung auf Verlangen kann im Einzelfall schwierig sein. Letztere liegt vor, wenn der Täter durch das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen des Opfers zu dessen Tötung bestimmt worden ist (auch dann, wenn die Tat nur zu einer geringfügigen Lebensverkürzung führt). Was aber ist z. B., wenn sich das Opfer an der Ausführung der Tat über das Verlangen nach Tötung hinaus beteiligt? In der Rechtsprechung wird strafbare Tötung von der straflosen Beihilfe zum Suizid anhand des Kriteriums der sog. Tatherrschaft unterschieden. Strafbare Beihilfe soll nur dann vorliegen, wenn der Suizident den entscheidenden Akt der Selbsttötung selbst ausführt, d. h. die Herrschaft über den todbringenden Moment in der Hand behält. Hat der Suizident nicht eindeutig die Tatherrschaft, kann ein strafbarer Totschlag oder, falls der Tötung ein ernstliches und ausdrückliches Verlangen des Getöteten vorangegangen ist, eine Tötung auf Verlangen vorliegen.

Eine Strafbarkeit der „Beihilfe zum Suizid“, und zwar als täterschaftliche Mitwirkung an der „Selbsttötung“, kann aber gleichwohl gegeben sein, wenn der Gehilfe eine Garantenpflicht (synonym: Einstandspflicht) gegenüber dem Suizidenten hat. Denn nach den allgemeinen Regeln des Strafrechts (§ 13 StGB) kann eine strafbare Tötung nicht nur durch aktives Tun, sondern auch durch Unterlassen begangen werden, wenn der Täter auf Grund seiner besonderen Stellung und Verantwortung gegenüber dem Opfer, etwa als behandelnder Arzt oder Angehöriger, dessen Wohl

---

<sup>14</sup> Dies ist in anderen Staaten zum Teil anders: Verboten ist die Beihilfe zum Suizid z. B. in Österreich, Italien, Portugal, Spanien, Polen und – eingeschränkt – in der Schweiz. In Österreich (§ 78 österreichisches StGB) und in der Schweiz ist die bloße Hilfeleistung zur Selbsttötung mit einem Höchststrafmaß von fünf Jahren Gefängnis bedroht. In der Schweiz gilt dies allerdings nur, wenn selbstsüchtige Motive vorliegen. (Art. 115 schweizerisches StGB: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“) Zur Umgehung des Verdachts einer Strafbarkeit bedienen sich Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz komplizierter vereinsrechtlicher Konstruktionen. Auch in den Niederlanden ist die vorsätzliche Beihilfe zum Suizid grundsätzlich strafbar, sofern dabei nicht bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten werden, die im „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ vorgesehen sind und deren Einhaltung auch die Tötung auf Verlangen straflos stellt.

<sup>15</sup> In der juristischen Diskussion ist der Begriff „freiverantwortlich“ normativ zu verstehen. Ob jemand wirklich freiverantwortlich gehandelt hat, wäre in jedem Einzelfall dann faktisch zu prüfen.

verpflichtet war (Garantenpflicht) und entgegen dieser Verpflichtung mögliches rettendes Tun bewusst unterlassen und den Todeseintritt nicht abgewendet hat. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung<sup>16</sup> ist der Arzt auch bei einem freiverantwortlich begonnenen Suizid nach Eintritt der Handlungsunfähigkeit des Suizidenten aufgrund seiner Garantenpflicht zur Hilfe verpflichtet, solange Rettung noch möglich ist. Denn sobald der Suizident die Möglichkeit der Beeinflussung des Geschehens verloren hat, hängt der Eintritt des Todes allein vom Verhalten des Garanten ab, es sei denn, Rettung ist dann nicht mehr möglich, etwa weil ein sofort tödlich wirkendes Mittel eingenommen wurde.

Daneben kann auch der (mit erheblich geringerer Strafdrohung als die Tötungsdelikte belegte) Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung bei Unglücksfällen erfüllt sein (§ 323c StGB<sup>17</sup>), soweit man den Selbsttötungsversuch als „Unglücksfall“ bewertet. Diese Strafdrohung gilt unabhängig von einer Garantenpflicht für jedermann. Nach der Rechtsprechung des BGH<sup>18</sup> ist der freiverantwortete Suizid im Zweifel als Unglücksfall anzusehen. Er begründet dies damit, dass die jedermann treffende strafbewehrte Hilfespflicht nicht davon abhängig gemacht werden könne, ob im konkreten Fall der Suizident einen freien Entschluss gefasst hat oder in seiner Willensbildung beeinträchtigt gewesen sei. Denn dies könne innerhalb der meist kurzen Zeitspanne, die für eine lebensrettende Entscheidung am Unglücksort bleibe, kaum jemand zuverlässig beurteilen. § 323c StGB diene unabhängig von einer etwaigen Freiverantwortlichkeit des Willensentschlusses dem vorrangig zu leistenden solidarischen Lebensschutz.

## 2.2.2 Diskussion der Rechtslage und Änderungsvorschläge

Die bis zum heutigen Tag nicht revidierte Rechtsprechung des BGH zur Rettungspflicht des Garanten und zur unterlassenen Hilfeleistung wird von der Rechtslehre ganz überwiegend abgelehnt: Damit werde das Selbstbestimmungsrecht des freiverantwortlichen Suizidenten nicht ausreichend beachtet,<sup>19</sup> und es sei widersprüchlich, dem Suizidgehilfen zwar die Beschaffung eines Tötungsmittels zu gestatten, ihn aber zum Einschreiten zu verpflichten, sobald das Mittel wirke und der Suizident nicht mehr selbst handlungsfähig sei. Dies führe in der Praxis zu unwürdigen Umgehungsstrategien (der Arzt muss sich rechtzeitig entfernen). In den letzten Jahren wurden etliche Änderungsvorschläge gemacht, die sich teilweise auf das

---

16 BGH 1984, BGHSt 32, 367–381 – Fall Wittig.

17 § 323 c StGB lautet: „Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

18 BGHSt Fall Wittig a.a.O., S. 376.

19 Auch von Seiten des BGH kam ein Signal, bei künftigen Entscheidungen dem Selbstbestimmungsrechts eines freiverantwortlich handelnden Suizidenten größeres Gewicht zu geben, in einer Bemerkung im Beschluss vom 8. 07. 1987, NJW 1988, 1532. Allerdings gibt es bis heute keine weitere höchstrichterliche Entscheidung über diese Frage.



Strafrecht mit dem Ziel der Einschränkung der Handlungspflicht des Garanten beziehen, aber darüber hinaus auch auf eine Änderung des ärztlichen Berufs- bzw. Standesrechts abzielen, um eine ärztliche Begleitung bis zum Eintritt des Todes zu ermöglichen.

Der 66. Deutsche Juristentag von 2006 empfiehlt zu regeln, dass straffrei ist, wer in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung diese nicht verhindert oder eine nachträgliche Rettung unterlässt und empfiehlt, einen Straftatbestand einzuführen, der die Förderung der Selbsttötung bei Handeln aus Gewinnsucht unter Strafe stellt.<sup>20</sup> Damit würde für diese Fälle gleichzeitig die Straffreiheit im Hinblick auf § 323c StGB klargestellt. Weiter wird empfohlen, dass die ausnahmslose berufsrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids einer differenzierten Beurteilung weichen sollte, welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichen, unheilbaren und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert.<sup>21</sup> Der Arbeitskreis deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer („Alternativ-Professoren“) schlug in ähnlicher Weise 2005 in seinem „Alternativentwurf Sterbebegleitung“<sup>22</sup> vor, im Strafrecht zu regeln, dass die Unterlassung der Rettung eines (volljährigen) Suizidenten nach einem Selbsttötungsversuch nicht rechtswidrig ist, wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen, ernstlichen und ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren Entscheidung beruht. Außerdem soll in einem „Sterbebegleitungsgesetz“<sup>23</sup> u. a. geregelt werden, dass ein Arzt auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines tödlich Erkrankten nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eines unerträglichen und unheilbaren Leidens Beihilfe zur Selbsttötung leisten darf. Er soll dazu zwar nicht verpflichtet sein, auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten soll er aber an einen anderen Arzt verweisen, wenn er selbst zur Beihilfe nicht bereit ist.

Der Nationale Ethikrat<sup>24</sup> hat im Jahr 2006 in seiner Stellungnahme zu „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“<sup>25</sup> auch Empfehlungen zum Suizid vorgelegt: Bestehen bei einem Suizidversuch eines schwer kranken Menschen klare Anhaltspunkte, dass der Versuch aufgrund eines ernsthaft bedachten Entschlusses erfolgt und dass der Betroffene jegliche Rettungsmaßnahme ablehnt, sollen

---

20 Unter [www.djt.de](http://www.djt.de). Beschlüsse 2006, Abt. Strafrecht, IV.

21 Beschlüsse 2006, a.a.O., IV.5.

22 Goldammer's Archiv (GA) 152. Jahrgang, 2005, S. 553 ff (585).

23 GA a.a.O., S. 586.

24 Der Nationale Ethikrat wurde inzwischen durch Bundesgesetz vom Deutschen Ethikrat abgelöst.

25 „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“. Stellungnahme 2006, Ziff. 7.4.2. unter [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org).

Personen, die beispielsweise als Ärzte oder Angehörige eine besondere Einstandspflicht haben, von einer lebenserhaltenden Intervention absehen dürfen. Auch der Ethikrat geht jedoch wie die anderen vorstehenden Vorschläge über diese Neutralisierung der Garanten- bzw. Einstandspflicht hinaus. Denn ein Teil der Ethikratsmitglieder schlägt vor, die Handlungsmöglichkeiten der Ärzte dahingehend zu erweitern, dass es Ärzten möglich sein sollte, einem Patienten bei der Durchführung eines Suizids behilflich zu sein, sofern ein unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten vorliegt, der Patient entscheidungsfähig ist und sein Wunsch zu sterben – nach Beratung und Bedenkzeit – als endgültig anzusehen ist.<sup>26</sup> Daneben wird ebenfalls vorgeschlagen, die gewinnorientiert betriebene Beihilfe zum Suizid unter Strafe zu stellen.<sup>27</sup>

Laut dem Bericht der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums der Justiz zu „Patientenautonomie am Lebensende“ vom Juni 2004 sollte dagegen nur die strafbewehrte Pflicht des Arztes zur Verhinderung eines Suizids eingeschränkt werden. Es heißt hier: „Eine Ärztin oder ein Arzt ist gehalten, einen Suizid im Rahmen der ärztlichen Möglichkeiten zu verhindern. Entschließt sich eine Patientin oder ein Patient trotz aller ärztlichen Bemühungen nach freiverantwortlicher Überlegung dazu, ihr oder sein Leben zu beenden, so soll keine ärztliche Verpflichtung bestehen, gegen den ausdrücklichen Willen der oder des Betroffenen lebenserhaltend einzugreifen.“<sup>28</sup>

---

26 Stellungnahme a.a.O., Ziff. 7.4.3.1. Ein anderer Teil des Nationalen Ethikrats sah in der ärztlichen Beihilfe zum Suizid einen Widerspruch zum ärztlichen Ethos und lehnte daher eine Änderung des ärztlichen Berufsrechts ab (Ziff. 7.4.3.1.).

27 Stellungnahme a.a.O., Ziff. 7.4.3.3.

28 Unter [www.bmj.de](http://www.bmj.de); Thesen II., 2.6. lit.d). Desgleichen meint die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz in ihrem Bericht zu „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ vom April 2004 (unter [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de)) These 24: „Die Pflicht zu Rettungsmaßnahmen (Garantenpflicht, § 323c StGB) sollte nicht angenommen werden, wenn die Suizidentin oder der Suizident nach ihrem oder seinem deutlich erkennbar geäußerten Willen auf Hilfe verzichten und ihr oder sein Leben beenden wollte“.

## 2.3 Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen und die Debatte darüber

### 2.3.1 Die Diskussion in Deutschland

Da nach dem ärztlichen Berufsrecht unabhängig vom (Straf-) Recht jede Mitwirkung von Ärzten an Selbsttötungshandlungen unethisch ist, können Sterbehilfeorganisationen in Deutschland keine wirksamen Medikamente zur Selbsttötung durch Ärzte beschaffen, abgesehen davon, dass ein Strafbarkeitsrisiko auch der nicht-ärztlichen Sterbehelfer nach § 323c StGB im Einzelfall nicht ausgeschlossen werden kann. Derartige Organisationen können aber in Deutschland beratend tätig sein und die Möglichkeit der Selbsttötung im Ausland vermitteln, indem etwa ein Arzt in der Schweiz vermittelt wird, der das todbringende Medikament verschreibt, und eine Wohnung in der Schweiz, in welcher der Suizid – im Beisein eines ebenfalls vermittelten ehrenamtlichen Sterbehelfers – ausgeführt werden kann.

Aus Anlass der im September 2005 in Hannover erfolgten Gründung der deutschen Sektion einer Schweizer Sterbehilfevereinigung wurden in der Politik die Möglichkeiten einer über die strafrechtlichen Grenzziehungen hinausgehenden gesetzlichen Beschränkung der Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen diskutiert. Das niedersächsische Justizministerium erarbeitete einen Gesetzentwurf zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung, dessen Einbringung in den Bundesrat aber an der in Niedersachsen mitregierenden FDP scheiterte. Die FDP wandte sich gegen ein grundsätzliches Verbot der Beratung zum Suizid; lediglich das Verbot einer gewinnorientierten Suizidberatung konnte sie sich vorstellen. Die CDU-regierten Länder Saarland, Thüringen und Hessen brachten daraufhin im März 2006 einen Gesetzentwurf zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung in den Bundesrat<sup>29</sup> ein. Obwohl von Politikern des Bundes und der Länder in der Diskussion seitdem immer wieder auf die Notwendigkeit einer solchen gesetzlichen Regelung verwiesen wird, ist der Entwurf jedoch bisher vom Bundesrat nicht verabschiedet und dem Bundestag nicht zur Beratung zugeleitet worden.<sup>30</sup> Nach diesem Gesetzentwurf soll in einem neuen § 217 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft werden, wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit vermittelt oder verschafft<sup>31</sup>. Von einem solchen Verbot wäre auch

---

29 Drs 230/06 vom 27. 03. 06.

30 Anfang Juli 2008 wurde der Gesetzentwurf noch einmal im Bundesrat diskutiert. Dieser hat jedoch noch immer keine Entscheidung über die Gesetzesinitiative getroffen. Stattdessen stimmte die Länderkammer einer Entschließung von 13 Bundesländern zu, wonach im Laufe des Jahres ein entsprechender Straftatbestand geschaffen werden soll. Der für die Sitzung ursprünglich vorgeschlagene Gesetzentwurf wurde zur nochmaligen Beratung in die Fachausschüsse zurück überwiesen. Der federführende Rechtsausschuss und der Gesundheitsausschuss empfahlen hierzu die Einbringung des Gesetzentwurfs beim Deutschen Bundestag in einer neuen Fassung. Nach diesem Entwurf soll die gewerbliche und organisierte Suizidbeihilfe mit Geld- oder mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bewehrt werden.

31 Bayern und Baden-Württemberg schlugen in einer Beratung über den Gesetzentwurf im Rechtsausschuss des Bundesrates am 9. 4. 08 die folgende Regelung vor: „Wer eine Vereinigung gründet, deren Zweck oder Tätigkeit darauf gerichtet ist, anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren oder zu verschaffen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Ebenso soll bestraft werden, wer an einer solchen Vereinigung „als Rädelführer beteiligt ist oder sie als Hintermann unterstützt.“

die Hilfeleistung von Sterbehilfeorganisationen bei einer Selbsttötung mit andern Methoden als durch Medikamente erfasst. Geschäftsmäßig im Sinne der Vorschrift soll bereits derjenige handeln, der die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner Beschäftigung macht, einschließlich nicht entgeltlicher Hilfeleistung, soweit diese in organisierter oder gleichartig wiederkehrender Form erfolgt. Die individuelle Hilfe beim Sterben, die durch enge Vertraute und Angehörige von Heilberufen im Rahmen medizinischer Behandlung geleistet wird, bleibt im Rahmen der bisher zulässigen passiven und indirekten Sterbehilfe damit weiterhin möglich ebenso wie der bloße Gedankenaustausch über eine Selbsttötung, da dies keine Vermittlung im Sinne der Herstellung konkreter persönlicher Beziehungen zwischen Sterbewilligen und dem Gehilfen zur Selbsttötung und auch keine Verschaffung derartiger Gelegenheiten ist. Mit dem Verbot soll vor allem der möglichen Ausbreitung von Selbsttötungen und dem Entstehen eines Erwartungsdrucks auf schwerkranke und alte Menschen, die Selbsttötung als leichteren Weg in Anbetracht von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu wählen, sowie der Gefahr der Kommerzialisierung von Selbsttötungen entgegen gewirkt werden. Nach dem „Jahresbericht“ einer schweizerischen Sterbehilfeorganisation haben im Zeitraum seit Eröffnung einer Geschäftsstelle in Deutschland am 26.9.2005 bis zum 31.12.2006 bereits 69 Mitglieder der neugegründeten Sektion Deutschland e.V. ihr Leben mit Hilfe der Vereinigung in der Schweiz beendet.

### 2.3.2 Suizidbeihilfe in der Schweiz

Im Blick auf die in Deutschland erwogenen rechtlichen Änderungen bezüglich der Suizidbeihilfe ist ein Vergleich mit anderen Ländern instruktiv, in denen eine ähnliche Rechtslage bereits besteht. In den Niederlanden ist sowohl die aktive Sterbehilfe als auch die Suizidbeihilfe unter bestimmten Bedingungen straffrei. Dabei spielt die Suizidbeihilfe eine vergleichsweise geringe Rolle, weil es die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe gibt. Dies ist anders in der Schweiz, in der die aktive Sterbehilfe verboten, die Suizidbeihilfe jedoch möglich ist. Insofern bietet sich im Blick auf die in Deutschland erwogenen rechtlichen Änderungen ein Vergleich mit der Schweiz an. Die dortige Rechtslage hat eine Reihe von Auswirkungen im gesellschaftlichen, politischen und ärztlichen Bereich, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Art. 115 des Schweizer Strafgesetzbuches (StGB) stellt die Beihilfe zum Suizid straffrei, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. Suizidbeihilfe kann danach durch jede Bürgerin und jeden Bürger geleistet werden und ist nicht auf die Ärzteschaft beschränkt. Art. 115 StGB ist die rechtliche Grundlage für die Entstehung und die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen<sup>32</sup>. Man kann diesen Organisa-

---

<sup>32</sup> Sachlich präziser wäre es, von *Suizidbeihilfeorganisationen* zu sprechen. Denn der Begriff „Sterbehilfe“ wird häufig in einem Sinne gebraucht, in dem er auch die Sterbebegleitung umfasst, wie sie etwa in Hospizen geleistet wird. Doch gehört die Sterbebegleitung in diesem Sinne gerade nicht zu den Zwecken dieser Organisationen. Da sich der Begriff „Sterbehilfeorganisation“ jedoch eingebürgert hat, wird er auch in dieser Orientierungshilfe verwendet.

tionen beitreten und zahlt einen Mitgliedsbeitrag, mit dem deren Aktivitäten finanziert werden. Dass sie für die Finanzierung ihrer Tätigkeit Beiträge erheben, wird nicht grundsätzlich als im Widerspruch stehend zu der Bestimmung erachtet, dass die Suizidbeihilfe nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgen darf. Die Organisationen arbeiten nach selbst gegebenen Regeln. Einige Kantone gewähren diesen Organisationen Zugang zu Alters- und Pflegeheimen, was zu kontroversen öffentlichen Diskussionen geführt hat. Besonders umstritten ist der Zugang zu Akutkrankenhäusern. Kritisch wird auch der durch diese Organisationen ausgelöste sogenannte „Sterbetourismus“ aus anderen Ländern diskutiert, in denen die Beihilfe zum Suizid nicht erlaubt ist oder in denen es Sterbehilfeorganisationen nach Schweizer Muster nicht gibt. Die oftmals kurze Frist zwischen Einreise und assistiertem Suizid wirft Fragen auf bezüglich der zureichenden Abklärung des Suizidwunsches. Im März 2008 sorgte eine Sterbehilfeorganisation für Schlagzeilen, die sich auf die Suizidbeihilfe bei Personen aus dem Ausland spezialisiert hat. Sie leistete Suizidbeihilfe mittels eines mit Helium gefüllten Ballons, der zum Erstickungstod des Suizidwilligen führt. Das Motiv für diese Praxis liegt darin, die Suizidbeihilfe von der ärztlichen Verschreibung eines todbringenden Mittels unabhängig zu machen, bei der der Arzt zur Abklärung der Konstanz des Suizidwunsches verpflichtet ist, was bei Personen aus dem Ausland mit großem Aufwand verbunden ist. Insgesamt scheiden in der Schweiz pro Jahr ca. 400 Menschen durch assistierten Suizid aus dem Leben. Kontrovers diskutiert wird die Frage, ob der Staat über den Art. 115 StGB hinaus weitergehende Rechtsbestimmungen erlassen sollte, die für die Sterbehilfeorganisationen bestimmte Sorgfaltspflichten vorschreiben, insbesondere für die Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken und Kindern und Jugendlichen. Die Schweizer Nationale Ethikkommission für den Bereich der Humanmedizin hat solche Rechtsbestimmungen gefordert. Das eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement hat dies bislang abgelehnt. Der Hauptgrund dafür liegt in der Erwägung, dass mit der Schaffung eigener Gesetze und staatlicher Überwachungsinstanzen für Sterbehilfeorganisationen diese mit einer staatlichen Zertifizierung und Legitimation versehen würden. Das Departement erachtet die bestehenden Gesetze als ausreichend, um Missbräuchen vorzubeugen, und sieht die Kantone und Gemeinden in der Pflicht in Bezug auf die Anwendung des geltenden Rechts. Kritiker sind dagegen der Auffassung, dass das geltende Recht nur eine unzureichende Handhabe biete, weshalb es rechtlicher Regelungen auf Bundesebene bedürfe. Eine Änderung des Artikels 115 StGB wird vom eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement ausdrücklich ausgeschlossen, da die Probleme im Zusammenhang der Suizidbeihilfe nicht aus diesem Artikel resultierten, sondern praktischer Natur seien und die Verhinderung von Missbräuchen betreffen.

Eine wichtige Rolle spielt in der Schweizer Diskussion die Berufung auf die Selbstbestimmung des Suizidwilligen. Teilweise wird die Suizidbeihilfe mit dem Respekt vor der Selbstbestimmung des Suizidwilligen begründet. Befürworter und

Gegner der Suizidbeihilfe scheinen sich nach dieser Sicht darin zu unterscheiden, dass die einen die Selbstbestimmung von Suizidwilligen respektieren, während die anderen dies nicht tun. Die Kontroverse um die Suizidbeihilfe scheint sich solchermaßen um Liberalität oder Illiberalität zu drehen. Doch gibt es in der Schweizer Debatte auch Stimmen, die darauf hinweisen, dass der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Suizidwilligen in keiner Weise dazu verpflichtet, ihm bei seinem Vorhaben beizustehen. Er bedeutet lediglich, dass man ihn nicht daran hindert. Für die Beihilfe zum Suizid bedarf es daher eines anderen, zusätzlichen Motivs. Man kann die Selbstbestimmung eines Suizidwilligen respektieren, ohne selbst Beihilfe zum Suizid zu leisten. Dieser Punkt verdient Beachtung, damit in dieser Debatte nicht falsche Fronten aufgebaut werden.

Wenn auch Artikel 115 StGB für jede Bürgerin und jeden Bürger der Schweiz die Suizidbeihilfe unter Straffreiheit stellt, so sind doch Ärztinnen und Ärzte in besonderer Weise von diesem Artikel betroffen, und zwar einerseits aufgrund der Verschreibungspflicht für das bei der Suizidbeihilfe verwendete todbringende Mittel und andererseits deshalb, weil sie es in ihrem Beruf in besonderer Weise mit suizidwilligen Personen zu tun haben. Dadurch werden Fragen aufgeworfen, die das ärztliche Ethos betreffen. In der Schweiz ist auf institutioneller Ebene für solche Fragen die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) zuständig, die eine Zentrale Ethikkommission (ZEK) unterhält und über diese arztethische Richtlinien für die Ärzteschaft erarbeitet.

Die Akademie hat ihre Haltung zur Suizidbeihilfe am klarsten in den „Medizinisch-ethischen Richtlinien für die Betreuung von Patienten am Lebensende“ von 2004 formuliert. Danach ist die Suizidbeihilfe kein Teil der ärztlichen Tätigkeit, da sie nicht deren Zielen dient, die als Heilung, Linderung und Begleitung bestimmt werden. Dennoch äußern sich die Richtlinien zu dem „schwer lösbaren Konflikt“, in den ein Arzt geraten kann, wenn ihn ein Patient um Beihilfe zum Suizid bittet. Die Entscheidung eines Arztes, Beihilfe zum Suizid zu leisten, kann nach Auffassung der Richtlinien nur als persönliche Gewissensentscheidung mit Blick auf den individuellen Patienten und dessen besondere Situation getroffen werden. Sie verzichten deshalb darauf, Kriterien dafür aufzustellen, wann die Situation eines suizidwilligen Patienten die ärztliche Suizidbeihilfe gestattet. Müsste doch in diesem Fall befürchtet werden, dass die Entscheidung zur ärztlichen Suizidbeihilfe zu einer Routineentscheidung wird, die sich nicht am individuellen Suizidwilligen, sondern an Anwendungsfällen allgemeiner Regeln orientiert. Die zentrale Aussage lautet daher, dass „die Entscheidung, im Einzelfall Suizidbeihilfe zu leisten, [...] als solche zu respektieren“ ist. Diese Formulierung wurde mit Bedacht gewählt. Die Respektierung einer Gewissensentscheidung ist etwas anderes als die Billigung der daraus resultierenden Handlung. Die Richtlinien enthalten sich mit dieser Formulierung jedes Urteils über die Richtigkeit oder moralische Vertretbarkeit der Beihilfe zum Suizid durch Ärztinnen und Ärzte.

Obleich die Richtlinien die ärztliche Suizidbeihilfe nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit betrachten, erlegen sie Ärztinnen und Ärzten für den Fall einer solchen persönlichen Entscheidung die Verantwortung für die Prüfung bestimmter Mindestanforderungen auf: Danach ist ärztliche Suizidbeihilfe nur zulässig, wenn die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist, wenn alternative Möglichkeiten der Hilfestellung erörtert und, soweit gewünscht, auch eingesetzt wurden, wenn der Patient urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen, ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft ist und wenn dies von einer Drittperson überprüft worden ist, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Die Akademie versucht mit diesen Richtlinien eine schwierige Balance zu halten zwischen dem überkommenen ärztlichen Ethos einerseits und der Schweizer Rechtslage andererseits. Freilich ist dies nicht ohne Auswirkungen auf das ärztliche Ethos. Eröffnet doch die eingenommene Position die Möglichkeit, dass ein Arzt einerseits in seiner Funktion als Arzt tätig werden kann und dass er andererseits in einer anderen Rolle von seinen medizinischen Kompetenzen Gebrauch machen kann, und dies in einer gewissen Spannung zu den Zielen, auf die ihn sein ärztlicher Beruf verpflichtet.

Seither gibt es von verschiedenen Seiten Vorstöße dahin, dass die Akademie ihre Haltung in Richtung einer weitergehenden Öffnung ändern und die ärztliche Suizidbeihilfe nicht auf Patienten am Lebensende einschränken solle, sondern Richtlinien und Sorgfaltskriterien auch für Patienten zum Beispiel mit psychischen Erkrankungen erlassen solle. Begründet wird dies unter anderem damit, dass das Schweizer Recht und die Rechtsprechung den Ärztinnen und Ärzten eine zentrale Kontrollfunktion bei der Suizidbeihilfe übertragen habe, weshalb sie sich nicht aus der Verantwortung stehlen dürften. Bislang hält die Akademie an ihrer Haltung fest.

Anzumerken bleibt, dass der Schweizerische Evangelische Kirchenbund (SEK) die Position der Akademie in der Frage der ärztlichen Suizidbeihilfe vorbehaltlos unterstützt.<sup>33</sup> An dieser Stelle zeigt sich, dass Kirchen in einzelnen Ländern gelegentlich die Tendenz haben, sich an der Diskussionslage im eigenen Land und in der eigenen Kirche zu orientieren, ohne das Gespräch mit Kirchen anderer konfessioneller Traditionen oder mit Kirchen in anderen Ländern zu suchen. Der ebenso solidarische wie kritisch-konstruktive Dialog zwischen den Kirchen, mithin die ökumenische Dimension der kirchlichen Existenz, kann demgegenüber vor einer einseitigen Sichtweise bewahren.

---

<sup>33</sup> Vgl. das jüngst erschienene Dokument des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes (SEK), „Das Sterben leben: Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive“ (2007), SEK-Position 9, über Internet erhältlich: [http://www.sek-feeps.ch/shop/media/position /9/position9\\_de\\_web\(1\).pdf](http://www.sek-feeps.ch/shop/media/position /9/position9_de_web(1).pdf).

## 3 Ethische Beurteilung

### 3.1 Grundsätzliche Überlegungen

Wenn Menschen an Suizid denken, hat dies Gründe, die in tiefe existentielle Dimensionen reichen. Das können akute Leiderfahrungen sein, wie sie mit einer schweren Krankheit verbunden sind. Es kann die Erschütterung durch eine tiefgreifende persönliche Krise sein, aus der jemand keinen Ausweg sieht. Oder es kann die Angst sein, einmal in eine Situation schweren Leidens zu geraten, für die ein Suizid als ein möglicher Ausweg erscheint. Für viele Menschen, die ein bewusstes und selbstbestimmtes Leben führen, ist die Vorstellung schwer erträglich, einmal in einen Zustand zu geraten, der mit dem Verlust jeglicher Selbstbestimmung und Selbstkontrolle verbunden ist und sie weitgehend oder vollständig von anderen abhängig macht.

Solche existentiellen Erschütterungen und Ängste entziehen sich moralischen Kategorien. Die Aufgabe einer ethischen Beurteilung von Suizid und Suizidbeihilfe kann daher nicht ausschließlich in moralischen Bewertungen als gut, schlecht, richtig, falsch, legitim oder verwerflich bestehen. Dies ist zu betonen, weil es in der öffentlichen Debatte eine Tendenz gibt, den assistierten Suizid vor allem als ein moralisches Problem zu betrachten. Das ist in einer Hinsicht verständlich, etwa vor dem Hintergrund gewisser moralisch fragwürdiger Praktiken von Sterbehilfeorganisationen. Doch derartige moralische Urteile verfehlen die existentielle Dimension, um die es bei der Problematik des Suizids und der Suizidbeihilfe geht. Wenn ein Mensch sein Leben beenden möchte und dafür andere um Hilfe bittet, dann ist dies für alle Beteiligten konfliktreich, spannungsvoll und belastend. In einer solchen Situation ist die Feststellung, dass dies moralisch legitim oder dass es moralisch falsch sei, abstrakt und wenig dienlich.

Im Blick auf die ethische Beurteilung ist zunächst der breite Konsens in Erinnerung zu rufen, den es über Weltanschauungsgrenzen hinweg in dieser Frage gibt und von dem in der Einleitung zu dieser Orientierungshilfe bereits die Rede war. Dieser betrifft einerseits den Respekt vor der Selbstbestimmung eines anderen. Dieser schließt den Respekt vor Entscheidungen und Handlungen eines Anderen ein, die wir selbst für falsch halten. Doch erschöpft sich der Konsens nicht darin. Das zeigt sich darin, dass wir es nicht einfach gleichgültig hinnehmen, wenn ein Mensch seinem Leben ein Ende machen will. Wir betrachten es als eine gesellschaftliche Aufgabe, Menschen mit Suizidgefährdung zu helfen und sie in bestimmten Fällen vor sich selbst zu schützen. Es werden erhebliche Anstrengungen zur Suizidprävention unternommen. Darin zeigt sich ein bestimmtes Verständnis davon, was menschliches Leben ist und sein soll, das über Weltanschauungsgrenzen hinweg geteilt wird. Und es zeigt sich darin ein Verständnis von einer gemeinsamen Aufgabe und insbesondere von der Aufgabe der Medizin, nämlich Menschen, soweit



wie dies in unserer Macht steht, zum Leben zu helfen. Daher wird ein Suizid in der eigenen Umgebung in der Regel als ein Stück eigener Ohnmacht erlebt. Es ist der Gemeinschaft der Lebenden, der wir angehören, nicht gelungen, diesem Menschen das Leben lebenswert oder gar lebenswert zu erhalten. Es ist das Spannungsverhältnis zwischen dieser Vorstellung vom Leben und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines anderen, das den assistierten Suizid in der gesellschaftlichen Wahrnehmung so konfliktreich macht. Es müsste als problematisch erachtet werden, würde dieses Spannungsverhältnis einseitig zugunsten des Aspekts der Selbstbestimmung aufgelöst, so als ginge ein Suizid gewissermaßen „in Ordnung“, wenn die psychiatrische Abklärung ergeben hat, dass er freiverantwortlich und selbstbestimmt ist. Dies käme einer erheblichen Verschiebung in den gesellschaftlichen Wertvorstellungen gleich. In der Debatte über den assistierten Suizid kommt daher viel darauf an, dass dieses Spannungsverhältnis nicht aufgelöst wird. Es geht nicht nur um die Frage der Selbstbestimmung, sondern auch und sehr wesentlich um einen gesellschaftlichen Grundkonsens im Blick auf das Verständnis menschlichen Lebens, der insbesondere der Aufgabe der Medizin eingeschrieben ist. Daher bedürfen die Auswirkungen einer rechtlichen Ermöglichung der ärztlichen Suizidbeihilfe auf das Verständnis der Medizin und des ärztlichen Ethos einer besonders sorgfältigen Prüfung.

Kritisch ist in diesem Zusammenhang die Rede von einem „Recht“ oder gar „Menschenrecht“ auf assistierten Suizid zu beurteilen, die im Zusammenhang mit Bestrebungen steht, die Anerkennung eines solchen Rechtes auf europäischer Ebene durchzusetzen. Ein Menschenrecht auf assistierten Suizid wäre ein vorstaatliches, moralisches Recht, dessen Anerkennung durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte die staatliche Gesetzgebung und Rechtsprechung binden würde. Gemeint ist ein Abwehrrecht darauf, von niemandem, insbesondere nicht durch staatliche Gesetze, am assistierten Suizid gehindert zu werden. Begründet wird dieses vermeintliche Recht mit dem Recht, selbst bestimmen zu dürfen, wie man leben und sterben will. Dagegen lässt sich geltend machen, dass aus einem Recht auf Selbstbestimmung keineswegs ein Recht auf all das folgt, wozu Menschen sich selbst bestimmen können und wollen. Einem Recht, das jemand hat, korrespondiert eine Pflicht auf Seiten anderer, ihn nicht an dem zu hindern, wozu er ein Recht hat. Gäbe es ein Menschenrecht auf assistierten Suizid, dann dürften keine Anstrengungen unternommen werden, einen Suizidwilligen von seinem Vorhaben abzubringen, da er lediglich von dem ihm zustehenden Recht Gebrauch macht und dies einem Eingriff in sein Recht gleichkäme. Dagegen steht der besagte gesellschaftliche Konsens, dass es gilt, Suizide nach Möglichkeit zu verhindern. Mit der Rede von einem solchen Recht wird das Spannungsverhältnis zwischen gebotener Fürsorge und dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines anderen einseitig nach dem zweiten Pol hin aufgelöst.

Kritisch ist in diesem Zusammenhang auch die Verbindung von Menschenwürde und Selbstbestimmung zu beurteilen, die in manchen Argumentationen zur Frage der Sterbehilfe hergestellt wird, so als sei ein der Menschenwürde entsprechendes Sterben gleichbedeutend mit einem selbstbestimmten Sterben. Denn dies würde bedeuten, dass nur Menschen, die zur Selbstbestimmung fähig sind, der Menschenwürde entsprechend sterben können. Bei Menschen mit schwerster Demenz und im Wachkoma könnte danach der Gesichtspunkt der Menschenwürde in Bezug auf ihr Sterben nur eine eingeschränkte oder gar keine Rolle spielen.

Existenzielle Erschütterungen werfen Fragen der Deutung auf. Davon, wie Menschen dasjenige deuten, was ihnen widerfährt, hängt ab, wie sie darauf eingestellt sind. Deutungen können lähmend und freiheitshemmend sein, und sie können konstruktive Energien freisetzen für den Umgang mit dem Widerfahrenden. Im seelsorgerlichen Umgang mit solchen existenziellen Erfahrungen geht es darum, Menschen dabei zu helfen, dass sie diese in einer Weise für sich deuten und verarbeiten können, die es ihnen ermöglicht, sich darauf einzulassen und sie in das eigene Leben zu integrieren. Auch für den Umgang mit Krankheit und Sterben hängt Entscheidendes davon ab, in welchem Deutungshorizont ein Mensch dieses erlebt. Daran wird sich letztlich auch die Frage entscheiden, ob ein assistierter Suizid für ihn eine Option sein kann.

## 3.2 Individual- und sozialetische Perspektiven

Innerhalb der Ethik unterscheidet man zwischen individualethischen und sozial-ethischen bzw. institutionenethischen Fragen. Bei der Suizidbeihilfe geht es in individualethischer Perspektive um die Frage, ob einem Suizidwilligen Beihilfe bei dessen Selbsttötung geleistet werden sollte, sei dies generell oder bezogen auf einen konkreten Einzelfall. Die Frage, ob und unter welchen Bedingungen die Suizidbeihilfe im Recht unter Straffreiheit gestellt werden sollte, ist demgegenüber eine institutionenethische Frage. Beide Fragen erfordern unterschiedliche Überlegungen. So kann jemand in individualethischer Perspektive der persönlichen Überzeugung sein, dass die Beihilfe zum Suizid keine mögliche Handlungsoption ist, und er kann gleichwohl aus Respekt vor dem Andersdenkenden dafür eintreten, dass jeder es damit halten können soll, wie er es für richtig hält, und dass folglich die Suizidbeihilfe rechtlich unter Straffreiheit gestellt werden sollte. Und es kann umgekehrt jemand in individualethischer Perspektive die Suizidbeihilfe im konkreten Einzelfall für vertretbar halten und gleichwohl gegen die rechtliche Liberalisierung der Suizidbeihilfe votieren aufgrund der Auswirkungen und Folgen, die er für diesen Fall befürchtet. Dies zeigt, dass nicht unmittelbar von der individualethischen Beurteilung der Suizidbeihilfe auf deren rechtliche Regelung geschlossen werden kann. Diese wirft Fragen auf, bei denen noch andere Gesichtspunkte berücksichtigt werden müssen, die bei der individualethischen Beurteilung keine Rolle spielen. Das betrifft grundlegende Fragen der Ordnung des Zusammenlebens in einem demokratischen Gemeinwesen.

### 3.2.1 Individualethische Beurteilung

Was die individualethische Beurteilung der Suizidbeihilfe betrifft, so haben die Vorbehalte, die viele Menschen diesbezüglich haben, ihren Grund in der überwiegend bis ausnahmslos negativen Beurteilung des Suizids, die über lange Zeit in der christlichen Theologie vorherrschte. Unter dem Einfluss vor allem von Aurelius Augustinus (354–430) und von Thomas von Aquin (1225–1274) hat die christliche Tradition den Suizid lange Zeit als Todsünde verworfen. Leitend war dabei vor allem der Gedanke, dass das Leben eine Gabe Gottes ist. Indem ein Mensch seinem Leben ein Ende macht, vergreift er sich gewissermaßen an dieser Gabe. Und dies ist dann seine letzte Handlung, für die er keine Möglichkeit der Reue oder Buße mehr hat. „Selbstmördern“ wurde daher die kirchliche Bestattung verweigert. Dies gehört zu den dunklen Kapiteln in der Geschichte der Kirchen. Die Aussage, dass Leben Gottes Gabe ist, wurde einseitig im Sinne des Verbots verstanden, selbstmächtig über das eigene Leben und dessen Ende zu verfügen. Anders verhält es sich, wenn diese Aussage im Sinne der Ermutigung verstanden wird, das eigene Leben als Gabe Gottes zu sehen und es in der Vielfalt der mit ihm verbundenen Erfahrungen so anzunehmen. Wird das Leben in diesem Sinne begriffen, dann heißt Führung des eigenen Lebens: sich führen lassen durch den, dem es sich verdankt. Das betrifft

insbesondere Kontingenzerfahrungen, die dem eigenen Leben eine andere Richtung geben, wie z. B. der Verlust eines geliebten Menschen, die Geburt eines behinderten Kindes oder eine schwere Erkrankung. Sich führen zu lassen bedeutet hier: solche Erfahrungen nicht bloß als Störungen des eigenen Lebensentwurfs zu begreifen, sondern sie anzunehmen und nach Möglichkeit in das eigene Leben zu integrieren. Das ist etwas anderes als ein bloß passives Hinnehmen. Es nimmt dem Menschen die eigene Verantwortung für notwendig gewordene Entscheidungen nicht ab, sondern ist seinerseits ein Akt der Selbstbestimmung. Sich führen zu lassen schließt vielmehr ein, solche Verantwortung bewusst zu übernehmen und die Entscheidungen zu treffen, die die eingetretene Situation erfordert. Am Ende des Lebens kann dazu zum Beispiel der bewusste Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen gehören.<sup>34</sup>

Kann dazu auch angesichts einer leidvollen, tödlichen Krankheit die Beendigung des eigenen Lebens durch Suizid gehören? Wer sein Leben so versteht, dass er sich darin führen lässt, für den wird sich hier die Frage stellen, ob dazu nicht auch das Annehmen einer solchen Krankheit gehört mit allem, was sie an Einschränkungen, Schmerzen, Leiden oder Belastungen für Dritte bedeutet. Die Beendigung des eigenen Lebens erscheint in dieser Sicht wie eine Abkehr von jener Grundeinstellung gegenüber dem Leben. Die Entstehung von Hospizen für Kranke und Sterbende ist wesentlich dadurch motiviert, Menschen zu helfen, sich auch in der letzten Phase ihres Lebens diese Einstellung bewahren und ihr Schicksal annehmen zu können. Damit wird kein Urteil gesprochen über diejenigen, die eine andere Einstellung zu Leben und Sterben haben. Das Evangelium wirbt dafür, dass Menschen sich durch es bestimmen lassen in der eigenen Lebensführung, aber es zwingt nicht und hindert sie nicht daran, ihr Leben anders zu begreifen und zu gestalten. Es beansprucht den Menschen in der Freiheit des eigenen Gewissens. Und man wird nicht die Augen verschließen dürfen davor, dass es verzweifelte Situationen und Lebenslagen gibt, die ein Außenstehender nicht ermessen kann. Auch wenn der unbedingt nötige Ausbau der Palliativmedizin vorangetrieben wird, können solche verzweifelten Lebenssituationen, in denen ein Mensch nur noch seinem Leben ein Ende machen möchte, nicht ausgeschlossen werden. Ein Urteil darüber steht niemandem zu.

Was bedeutet dies für die Suizidbeihilfe? Kann man Beihilfe zu einer Handlung leisten oder die Beihilfe Dritter zu einer Handlung befürworten, die man selbst aufgrund der eigenen Lebensauffassung für keine mögliche Option hält? Dies erscheint schwer vorstellbar, auch wenn man den Respekt einrechnet vor der Sicht, die ein anderer auf sein Leben hat und die man selbst nicht teilt. Wenn gesagt wurde, dass das Evangelium den Menschen in der Freiheit des eigenen Gewissens anspricht,

---

<sup>34</sup> Vgl. hierzu die Orientierungshilfe „Sterben hat seine Zeit: Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht“, Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland, EKD-Texte 80, Hannover 2005.

dann schließt dies solchen Respekt gegenüber der Sicht anderer auf ihr Leben ein, noch dazu, wenn diese in Verbindung steht mit einer schweren, leidvollen Krankheit. Man wird dann aber auch zu respektieren haben, wenn ein anderer in solcher Lage zu der Entscheidung gelangt, sein Leben zu beenden, und wenn Dritte ihm dabei helfen, auch wenn man selbst dies nicht bejahen kann oder tun könnte. Wer Situationen schweren Leidens erlebt hat, der wird sich hier jedes Urteils enthalten. Und vielleicht weiß er auch um den tiefen Gewissenskonflikt, der in solchen Situationen aus der eindringlichen Bitte um Beistand bei der Beendigung des eigenen Lebens erwachsen kann. Ja, es mag Grenzfälle geben, in denen Menschen sich um eines anderen willen genötigt sehen können, etwas zu tun, das ihrer eigenen Überzeugung und Lebensauffassung entgegensteht.

### 3.2.2 Sozialethische Beurteilung

Was die sozialethische Beurteilung im Hinblick auf die Gestaltung des Rechts in dieser Frage betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass das Recht für alle Bürgerinnen und Bürger gilt. In einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft können daher für die Gestaltung des Rechts nicht *allein* die religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen lediglich eines Teils der Bürgerinnen und Bürger maßgebend sein. Denn dies würde bedeuten, dass alle anderen mit Rechtszwang Normen unterworfen würden, die ihre Begründung in Überzeugungen haben, die sie selbst nicht teilen. Dies mutet allen die Bereitschaft zu, bei der Gestaltung des Rechts solche Lösungen zu suchen, mit denen auch Andersdenkende leben können. Dass es solche Lösungen nicht immer und vielleicht nur in den selteneren Fällen gibt, ändert nichts an der Notwendigkeit dieser prinzipiellen Bereitschaft zur Verständigung, bei der in jedem Fall die Würde, das Wohl und das Recht des Anderen zu achten sind.

Wie ausgeführt, spielen bei der institutionenethischen Frage noch andere Gesichtspunkte eine Rolle als bei der individuellethischen Beurteilung. Daher gilt es hier, nach Möglichkeit eine Verständigung zu suchen über unterschiedliche individual-ethische Einschätzungen hinweg. Zu bedenken sind hier die Auswirkungen im gesellschaftlichen, politischen und ärztlichen Bereich, die die gegenwärtig diskutierten Vorschläge zur Änderung der Rechtslage hätten. Zu unterscheiden ist hier zwischen a) Vorschlägen, die auf eine Einschränkung der Garantenpflicht des Arztes, d. h. seiner Pflicht zum Einschreiten mit dem Ziel der Abwendung des Suizids abzielen und b) Vorschlägen, die die Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe (im Sinne der aktiven Mithilfe beim Suizid, z. B. durch die Verschreibung des todbringenden Medikaments) ausdrücklich im Recht verankern möchten. Hinzu kommt c) ein Gesetzesvorschlag, der auf ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe abzielt.

a) Was die Einschränkung der Garantenpflicht des Arztes im Falle eines freiverantwortlichen Suizids betrifft, so erscheint es in der Tat widersprüchlich, dass nach geltender Rechtslage ein Arzt sich nicht strafbar macht, wenn er einem Suizidwil-

ligen ein tödliches Mittel besorgt, sich aber strafbar macht, wenn er bei dessen Selbsttötung nicht einschreitet, sobald das Mittel zu wirken beginnt. Zugunsten der Einschränkung der ärztlichen Garantenpflicht wird geltend gemacht, dass dies der Respekt vor der Selbstbestimmung Suizidwilliger gebietet. Im Bereich der Medizinethik wird der Selbstbestimmung ein hoher Stellenwert zuerkannt. Hier geht es um die Frage, wer bestimmen soll, ob eine medizinische Behandlung vorgenommen werden soll: man selbst oder andere. Dieser negative Begriff von Selbstbestimmung, der sich darauf bezieht, dass *nicht andere* bestimmen sollen, ist von einem starken Begriff von Selbstbestimmung im Sinne eines Selbstbestimmen-Könnens zu unterscheiden, für den in der medizinethischen Literatur der Begriff der *Einwilligungsfähigkeit* verwendet wird. Es herrscht Konsens, dass ein Arzt einen Behandlungsverzicht seitens eines einwilligungsfähigen Patienten zu respektieren hat, auch wenn dies zu dessen Tod führt. Die Pflicht, Leben zu erhalten, hat hier zurückzustehen hinter der Pflicht, die Selbstbestimmung zu respektieren. Diesem Fall scheint der Suizid einer einwilligungsfähigen Person, die an einer schweren Krankheit leidet, vergleichbar. Daher hatte der Nationale Ethikrat in Deutschland gefordert, dass ein Arzt, der in einem solchen Fall nicht eingreift, straffrei bleibt.

Die Vorschläge zur Einschränkung der ärztlichen Garantenpflicht, also der Pflicht zur Abwendung eines Suizids unterscheiden freilich nicht danach, ob es sich um einen schwer erkrankten, körperlich schwer leidenden Patienten handelt oder um einen Suizidenten, der seinem Leben aus anderen Gründen eine Ende machen will. Die Vorschläge sehen überwiegend die Einschränkung der ärztlichen Garantenpflicht generell bei Suizidversuchen von urteilsfähigen Personen vor. Hier ergeben sich Spannungen zur ärztlichen Pflicht, Leben zu erhalten. Wie die Suizidforschung gezeigt hat, sind die meisten Suizidversuche, die Suizidenten überlebt haben, einmalige Ereignisse in deren Leben geblieben, und sie haben keine weiteren Suizidversuche unternommen. Es ist für den Arzt kaum zu beurteilen, ob das Suizidvorhaben unter die Kategorie des „freiverantwortlichen“ Suizids gehört, selbst wenn das Vorhaben noch so bestimmt und ernsthaft bekundet wird. Die Respektierung der Selbstbestimmung kann hier zur Folge haben, dass ein Mensch z. B. aufgrund einer momentanen persönlichen Krise stirbt, der, wenn er gerettet würde, ein Leben führen könnte, das er selbst wert schätzt. Das Gebot, die Selbstbestimmung zu respektieren, gerät hier in Konflikt mit der ärztlichen Pflicht, Leben zu erhalten. Hier muss aus ethischer Sicht letztere Pflicht den Vorrang haben.

Weitergehend ist der Vorschlag b), die Möglichkeit der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen ausdrücklich im Recht zu verankern. Einerseits würde damit Rechtssicherheit für die ärztliche Suizidbeihilfe im Einzelfall geschaffen. Andererseits würde damit freilich auf der Ebene des Rechts eine Situation geschaffen, die einem Eingriff in den Bereich des ärztlichen Ethos und des Verständnisses des ärztlichen Berufes gleichkäme. Eine solche

Rechtsbestimmung ginge insofern über die Schweizer Rechtslage hinaus, als diese die ärztliche Suizidbeihilfe nicht explizit erwähnt. Wie ausgeführt, lässt dies dort die Möglichkeit offen, die ärztliche Suizidbeihilfe ausdrücklich nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit zu begreifen, sondern die Aufgabe des Arztes auf Heilung, Linderung und Begleitung zu beschränken, ohne dass damit kategorisch ausgeschlossen wird, dass ein Arzt mit Ausnahmesituationen konfrontiert sein kann, die er auf seine persönliche Verantwortung nehmen muss, ohne durch die Regeln seines Berufes gedeckt zu sein. Man wird im Blick auf die vorgeschlagene Verankerung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung im Recht deren symbolische Wirkung nicht außer Acht lassen dürfen. Damit wird eine Verbindung hergestellt zwischen Arztberuf und Beihilfe zur Selbsttötung, und dies wird nicht ohne Auswirkungen auf das allgemeine Verständnis des ärztlichen Berufs bleiben. Ein solcher Eingriff auf der Ebene des Rechtes in den Bereich des ärztlichen Ethos und des Verständnisses des ärztlichen Berufes wiegt umso schwerer, als die Ärzteschaft selbst, folgt man den Verlautbarungen ihrer offiziellen Vertretungen, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung bislang kategorisch ablehnt. In der Begründung zum Alternativ-Entwurf „Sterbebegleitung“ des Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Juristen ist eine solche Einwirkung des Rechts auf das ärztliche Ethos auch ausdrücklich vorgesehen: „Es ist zu erwarten, dass dann [Anm.: d. h. nach Erlass des Gesetzes, das den ärztlich assistierten Suizid ausdrücklich zulässt] auch die Bundesärztekammer ihre Grundsätze dem Gesetz anpasst und dass die Berufsordnungen der Landesärztekammern entsprechend geändert werden.“<sup>35</sup> Demgegenüber ist daran zu erinnern, dass sich in dem geltenden Verständnis des ärztlichen Berufs ein gesellschaftlicher Grundkonsens bezüglich des Verständnisses menschlichen Lebens niederschlägt, wonach es gilt, Menschen nach Möglichkeit zum Leben zu helfen. Mit der Aufnahme der ärztlichen Suizidbeihilfe ins Recht würde das Spannungsverhältnis zwischen diesem der Medizin eingeschriebenen Verständnis des Lebens und dem Wunsch von Menschen, mit ärztlichem Beistand ihr Leben zu beenden, einseitig zugunsten von Letzterem aufgelöst.

Aus diesem Grund ist gegenüber einer Verankerung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung als allgemeiner rechtlicher Regel Ablehnung geboten. Es zeigt sich hier ein Problem, das innerhalb der Ethik auch aus anderen Bereichen bekannt ist. Es kann Einzelfälle geben, die sich nicht unter allgemeine Regeln fassen lassen und in denen entsprechende Entscheidungen mit einer Übertretung geltender Regeln verbunden sind, die nur persönlich verantwortet werden kann. Das kann auch für das ärztliche Handeln nicht ausgeschlossen werden. In der ethischen Tradition hat man dies mit dem Begriff der Epikie, der Einzelfallgerechtigkeit, bezeichnet. Würde man für solche Fälle allgemeine Regeln aufstellen, so hätte dies gravierende Folgen für das ethische Bewusstsein insgesamt, da dadurch der Ausnahmefall zum Regel-

---

35 In: „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung“, <http://home.tiscali.de/sterbehilfe/AE-Sterbebegleitung.pdf>, dort S.33.

fall gemacht würde. Insofern geht es bei der Suche nach einem angemessenen ethischen und rechtlichen Umgang mit der Suizidbeihilfe im ärztlichen Bereich um eine schwierige Gratwanderung, bei der der Situation der Betroffenen und der Gewissensentscheidung von Ärztinnen und Ärzten im Einzelfall ebenso Rechnung getragen werden muss wie den Aspekten des ärztlichen Ethos und des Arztbildes. Die Verankerung sowohl der unter a) diskutierten Einschränkung der Garantenpflicht im Blick auf gesunde Personen als auch der unter b) diskutierten Möglichkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe im Recht würde hier die Gewichte in Richtung auf eine tiefgreifende Veränderung des allgemeinen Verständnisses des ärztlichen Berufes verschieben. Dessen Aufgabe wären dann nicht nur Heilung, Linderung und Begleitung, sondern auch die Beihilfe zur Beendigung des Lebens. Sie würde darüber hinaus eine gesellschaftliche Signalwirkung haben, die den assistierten Suizid in die Nähe einer „normalen“ Option am Lebensende rückt. Für diesen Fall ist nicht auszuschließen, dass daraus ein Druck entsteht, diese Option zu wählen, z. B. um Dritten die Belastungen zu ersparen, die durch eine langwierige Pflege bei einer schweren Erkrankung entstehen können.

Die Strafrechtsprechung hat in schwerwiegenden Konfliktlagen, in denen es um die Beendigung schwerster, mit medizinischen Mitteln nicht mehr behandelbarer körperlicher Leidenszustände ging und der Arzt deshalb Hilfe beim freiverantwortlichen Suizid geleistet oder keinen Versuch zur Abwendung des Todes gemacht hat, Straffreiheit zumindest unter dem Gesichtspunkt des Notstandsrechts angenommen. Insoweit besteht bereits ein Handlungsspielraum. Hier kommt es aber auf die konkrete verantwortliche Abwägung und die besonderen Umstände in jedem Einzelfall an. Der Arzt behält seine große Verantwortung und muss damit rechnen, sich dafür unter Umständen rechtlich verantworten zu müssen. Eine darüber hinausgehende gesetzliche Regelung braucht es nicht.

Der oben unter c) angeführte Gesetzesvorschlag, der auf das Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung und damit auf ein Verbot der Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen abzielt, verdient hingegen uneingeschränkte Unterstützung. Denn es gilt, einer Situation vorzubeugen, die die Entstehung von Sterbehilfeorganisationen nach Schweizer Muster begünstigt. Mit dem Erscheinen von Sterbehilfeorganisationen hat sich das Spektrum der Diskussion um die Beihilfe zum Suizid erweitert. Beihilfe zum Suizid wird dann nicht mehr nur im individuellen Einzelfall geleistet, sondern sie wird zum Dienstleistungsangebot, das von jedermann gegen Geld in Anspruch genommen und „gekauft“ werden kann. Beihilfe zum Suizid wird Teil des Marktgeschehens, auch wenn über Vereinskonstruktionen und über die Verrechnung von Einnahmen als Verwaltungskosten eine eventuelle Gewinnerzielungsabsicht verschleiert werden kann. Die Verweigerung der *ärztlichen* Beihilfe reicht zur Gegensteuerung allein nicht mehr aus, wie die Fälle organisierter Selbsttötungen durch Helium unlängst zeigten. Die Sterbehilfeorga-



nisationen müssten zudem einer effektiven Kontrolle unterstellt werden, um Missbräuche zu verhindern. Die Politik könnte damit wie in der Schweiz unter Druck geraten, die Praxis der Sterbehilfeorganisationen mit weitergehenden Bestimmungen gesetzlich zu regeln, etwa, was die Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken oder bei Kindern und Jugendlichen betrifft. Es würde sich damit in ähnlicher Weise das Problem einer staatlichen Zertifizierung und Legitimierung solcher Organisationen stellen. Die Zulassung solcher Organisationen zu Pflegeheimen und Akutkrankenhäusern müsste geregelt werden. Aus allen diesen Gründen sollte das Recht in dieser Hinsicht so restriktiv wie möglich ausgestaltet werden.

## 4. Fazit

Das Problem des assistierten Suizids berührt Grundfragen des Verständnisses von Leben und Sterben des Menschen. Das betrifft immer auch das Verständnis des je eigenen Lebens und Sterbens. In christlicher Perspektive geht es hier um die Frage, ob man dieses im Sinne eines Sich-führen-Lassens begreifen kann, auch im Falle einer schweren, zum Tode führenden Erkrankung mit allem, was sie an Leiden und Abhängigkeit von anderen bedeutet, und ob der assistierte Suizid in dieser Sicht eine mögliche Option sein kann. Das betrifft ebenso die Sicht, die andere auf ihr Leben haben, und den Respekt, der dieser Sicht geschuldet ist. Und es betrifft das gesamtgesellschaftliche Verständnis von Leben und Sterben, das sich nicht zuletzt im Verständnis des ärztlichen Berufs und im ärztlichen Ethos zeigt.

Das Recht hat die Aufgabe, das Zusammenleben von Menschen mit unterschiedlichen Lebensauffassungen zu ordnen. Dabei muss es fundamentalen ethischen Gesichtspunkten Rechnung tragen, die für bestimmte gesellschaftliche Bereiche und Tätigkeiten gelten. Hieraus ergibt sich die schwierige Balance, die das Recht in der Frage der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung zu wahren hat. Im Falle der expliziten rechtlichen Verankerung der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids müsste aufgrund der über die Regelung des Einzelfalls hinausgehenden gesellschaftlichen Signalwirkung des Rechts mit erheblichen negativen Auswirkungen auf das ärztliche Ethos und das Verständnis des ärztlichen Berufs gerechnet werden. Dies bliebe nicht ohne Auswirkungen auf das gesellschaftliche Verständnis von Leben und Sterben. Gerade das ärztliche Handeln im Zusammenhang mit dem Sterben ist ein Beispiel dafür, dass es Bereiche gibt, die sich rechtlich nicht regeln lassen, ohne dass damit über die konkrete Regelung des Sachverhalts hinaus allgemeine gesellschaftliche Veränderungen, die mit der Regelung nicht intendiert waren, bewirkt werden. Die gesetzliche Regelung wirkt nicht nur auf das ärztliche Ethos, sondern die Haltung der Gesellschaft zu Leben und Sterben und die Verantwortung der Menschen füreinander im Zusammenhang mit dem Sterben kann sich dadurch grundlegend ändern. Daher sollte von einer solchen Regelung der ärztlichen Suizidbeihilfe abgesehen werden. Hier ist vielmehr die Rechtsprechung gefordert. Nur sie kann den schwerwiegenden Konfliktlagen, in die Ärztinnen und Ärzte geraten können, im konkreten Einzelfall angemessen Rechnung tragen. Einigkeit sollte darüber bestehen, der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe in Gestalt von Sterbehilfeorganisationen, die sich dieser Aufgabe verschrieben haben, möglichst bald einen rechtlichen Riegel vorzuschieben.

# Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland

(Stand: 01.10.2008)

## Mitglieder

Susanne Breit-Keßler, München  
Andrea Dörries, Hannover  
Johannes Fischer, Zürich  
Otto Fricke, Berlin  
Wilfried Härle (*Vorsitzender*), Heidelberg  
Klaus Jancovius, Mannheim  
Christiane Kohler-Weiß, Meckenbeuren  
Fritz Rudolf Körper, Berlin  
Christine Lieberknecht, Erfurt  
Thomas Rachel, Berlin  
Hans-Richard Reuter, Münster  
Ulrike Riedel, Berlin  
Gerhard Robbers, Trier  
Michael Roth, Berlin  
Rezzo Schlauch, Stuttgart  
Eberhard Schmidt-Aßmann, Heidelberg  
Richard Schröder, Berlin  
Eva Senghaas-Knobloch (*stellvertretende Vorsitzende*), Bremen  
Klaus Tanner, Heidelberg  
Sabine von Schorlemer, Dresden  
Klaus Wittmann, Rom

## Ständige Gäste

Friedrich Hauschildt, Hannover  
Stephan Reimers, Berlin

## Geschäftsführung

Eberhard Pausch, Hannover

---

## In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen:

---

Aus Platzgründen ist es nicht mehr möglich alle Titel der Reihe EKD-Texte hier aufzuführen. Die nicht mehr genannten Titel können in der Gesamtliste im Internet unter: [http://www.ekd.de/download/070712\\_ekd\\_texte.pdf](http://www.ekd.de/download/070712_ekd_texte.pdf) eingesehen werden.

- Nr. 38 **Ökumenische Versammlung für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung**  
Dresden, Magdeburg, Dresden
- Nr. 39 **Als Christen anderen begegnen**  
Studie der Theologischen Kommission des Bundes der Evangelischen Kirchen
- Nr. 40 **Wanderungsbewegungen in Europa**  
Diskussionsbeitrag der Kommission der EKD für Ausländerfragen und ethnische Minderheiten
- Nr. 41 **Zur Verantwortung des Menschen für das Tier als Mitgeschöpf**  
Ein Diskussionsbeitrag des Wissenschaftlichen Beirats
- Nr. 42 **Sinti und Roma**  
Eine Studie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 43 **Zur evangelischen Jugendarbeit**
- Nr. 44 **Frauenordination und Bischofsamt**  
Eine Stellungnahme der Kammer für Theologie
- Nr. 45 **Kirchengesetz über Mitarbeitervertretungen in der EKD**
- Nr. 46 **Menschenrechte im Nord-Süd-Verhältnis**  
Erklärung der Kammer der EKD für Kirchlichen Entwicklungsdienst
- Nr. 47 **Die Meissener Erklärung**
- Nr. 48 **Schritte auf dem Weg des Friedens**  
Orientierungspunkte für Friedensethik und Friedenspolitik
- Nr. 49 **Wie viele Menschen trägt die Erde?**  
Ethische Überlegungen zum Wachstum der Weltbevölkerung
- Nr. 50 **Ehe und Familie 1994**  
Ein Wort des Rates der EKD aus Anlass des Internationalen Jahres der Familie 1994
- Nr. 51 **Asylsuchende und Flüchtlinge**  
Zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung
- Nr. 52 **»Gefährdetes Klima – Unsere Verantwortung für Gottes Schöpfung«**
- Nr. 53 **Vom Gebrauch der Bekenntnisse**  
Zur Frage der Auslegung von Bekenntnissen der Kirche
- Nr. 54 **Gemeinsame Initiative – Arbeit für alle!**  
Eine Studie der Kammer der EKD für soziale Ordnung
- Nr. 55 **Asylsuchende und Flüchtlinge**  
Zweiter Bericht zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung
- Nr. 56 **Zur Situation und Befindlichkeit von Frauen in den östlichen Landeskirchen**  
Bericht des Frauenreferates der EKD 1995
- Nr. 57 **Mit Spannungen leben**  
Eine Orientierungshilfe des Rates der EKD zum Thema „Homosexualität und Kirche“
- Nr. 58 **Der evangelische Diakonatsamt als geordnetes Amt der Kirche**  
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 59 **Zur ökumenischen Zusammenarbeit mit Gemeinden fremder Sprache oder Herkunft**
- Nr. 60 **Versöhnung zwischen Tschechen und Deutschen**
- Nr. 61 **Gewissensentscheidung und Rechtsordnung**  
Eine Thesenreihe der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD
- Nr. 62 **Die evangelischen Kommunitäten**  
Bericht des Beauftragten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für den Kontakt zu den evangelischen Kommunitäten
- Nr. 63 **Christentum und politische Kultur**  
Über das Verhältnis des demokratischen Rechtsstaates zum Christentum
- Nr. 64 **Gestaltung und Kritik**  
Zum Verhältnis von Protestantismus und Kultur im neuen Jahrhundert
- Nr. 65 **Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen**  
Eine kirchliche Stellungnahme.
- Nr. 66 **Taufe und Kirchenaustritt**  
Theologische Erwägungen der Kammer für Theologie zum Dienst der evangelischen Kirche an den aus ihr Ausgetretenen
- Nr. 67 **Ernährungssicherung und Nachhaltige Entwicklung**  
Eine Studie der Kammer der EKD für Entwicklung und Umwelt

---

## In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen: (Fortsetzung)

---

- Nr. 68 **Das Evangelium unter die Leute bringen**  
Zum missionarischen Dienst der Kirche in unserem Land
- Nr. 69 **Kirchengemeinschaft nach evangelischem Verständnis**  
Ein Votum zum geordneten Miteinander bekenntnisverschiedener Kirchen
- Nr. 70 **Thomas Mann und seine Kirche**  
Zwei Vorträge von Ada Kadelbach und Christoph Schwöbel
- Nr. 71 **Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen**  
Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen
- Nr. 72 **Richte unsere Füße auf den Weg des Friedens**  
Gewaltsame Konflikte und zivile Intervention an Beispielen aus Afrika
- Nr. 73 **Was Familien brauchen. Eine familienpolitische Stellungnahme des Rates der EKD**
- Nr. 74 **Solidarität und Wettbewerb**  
Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Nr. 75 **Soziale Dienste als Chance**  
Dienste am Menschen aufbauen · Menschen aktivieren · Menschen Arbeit geben
- Nr. 76 **Zusammenleben gestalten**  
Ein Beitrag des Rates der EKD zu Fragen der Integration und des Zusammenlebens mit Menschen anderer Herkunft, Sprache oder Religion
- Nr. 77 **Christlicher Glaube und nichtchristliche Religionen**  
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 78 **Bedrohung der Religionsfreiheit**  
Erfahrungen von Christen in verschiedenen Ländern
- Nr. 79 **Die Manieren und der Protestantismus**  
Annäherungen an ein weithin vergessenes Thema
- Nr. 80 **Sterben hat seine Zeit**  
Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht
- Nr. 81 **Schritte zu einer nachhaltigen Entwicklung**  
Eine Stellungnahme der Kammer für nachhaltige Entwicklung der EKD
- Nr. 82 **Fern der Heimat: Kirche**  
Urlaubs-Seelsorge im Wandel
- Nr. 83 **Dietrich Bonhoeffer**  
Texte und Predigten anlässlich des 100. Geburtstages von Dietrich Bonhoeffer
- Nr. 84 **Freiheit und Dienst**  
Argumentationshilfe zur allgemeinen Dienstpflicht und Stärkung von Freiwilligendiensten
- Nr. 85 **Menschen ohne Aufenthaltspapiere**  
Orientierungshilfe zur Hilfe, Leitsätze, Schicksale, Recht u. Gemeinde
- Nr. 86 **Klarheit und gute Nachbarschaft**  
Christen und Muslime in Deutschland
- Nr. 87 **Wandeln und gestalten**  
Missionarische Chancen und Aufgaben der evangelischen Kirche in ländlichen Räumen
- Nr. 88 **Verbindlich leben**  
Kommunitäten und geistliche Gemeinschaften in der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 89 **Es ist nicht zu spät für eine Antwort auf den Klimawandel**  
Ein Appell des Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Wolfgang Huber
- Nr. 90 **Die Bedeutung der wissenschaftlichen Theologie für Kirche, Hochschule und Gesellschaft**  
Dokumentation der XIV. Konsultation „Kirchenleitung und wissenschaftliche Theologie“
- Nr. 91 **Für ein Leben in Würde – HIV/AIDS-Bedrohung**  
Eine Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung
- Nr. 92 **Familienförderung im kirchlichen Arbeitsrecht**  
Eine Arbeitshilfe erarbeitet im Auftrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 93 **Gott in der Stadt**  
Perspektiven evangelischer Kirche in der Stadt
- Nr. 94 **Weltentstehung, Evolutionstheorie und Schöpfungsglaube in der Schule**  
Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 95 **Ernährungssicherung vor Energieerzeugung**  
Eine Stellungnahme der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung
- Nr. 96 **Theologisch-Religionspädagogische Kompetenz**  
Professionelle Kompetenzen und Standards für die Religionslehrerbildung





Herausgegeben vom Kirchenamt der EKD  
Herrenhäuser Straße 12 · 30419 Hannover  
Telefon: 05 11/27 96 0 · Fax: 05 11/27 96 707  
E-Mail: [versand@ekd.de](mailto:versand@ekd.de) · Internet: [www.ekd.de](http://www.ekd.de)