

Die aktuelle Diskussion um Sterbehilfe und assistierten Suizid – Gesellschaftlicher Hintergrund und sozialetische Bewertung

In mancher Hinsicht lässt sich die aktuelle Debatte um die Frage, welche Formen der Sterbehilfe erlaubt und welche unzulässig sein sollen, als ein *Déjà-vu*-Erlebnis wahrnehmen. Vor etwas mehr als einem Jahrzehnt wurde sie nämlich bereits intensiv geführt. Damals wie heute ging es um die wachsende Angst vieler Menschen davor, in der letzten Phase ihres Lebens immer mehr von dem zu verlieren, was sie als Attribute ihrer personalen Würde, als Ausdruck ihrer Selbstbestimmung gerade hinsichtlich der Weise, wie sie sterben wollen, verstehen. Diese Angst kann sich auf unterschiedliche Situationen beziehen, vor denen ein Mensch sich fürchtet – oft geht es darum, dass die Kontrolle und Linderung belastender körperlicher Symptome misslingen könnte, allen voran unerträgliche Schmerzen, ständige Übelkeit und eine Atemnot, die elementare Erstickungsangst auslösen kann.

Die Diskussion dieser Problematik zu Beginn des neuen Jahrtausends endete mit einem breiten Konsens: Man war sich einig, dass der Ruf nach Sterbehilfe, selbst in Form einer aktiven Tötung auf Verlangen des Patienten hin, nur dann verstummen werde, wenn weit mehr als bislang in den Auf- und Ausbau von palliativmedizinischen Versorgungsangeboten und Hospizdiensten investiert werde. Dies erschien nicht nur in Ballungsgebieten dringend erforderlich, sondern vor allem in der Fläche. Doch mehr als zehn Jahre später stehen wir im Wesentlichen noch immer vor derselben Problematik. Heute geht es vor allem um den Ausbau der ambulanten Dienste, also spezialisierter Palliativpflegeteams und ehrenamtlicher Hospizdienste, und es gilt, solche Dienste in die Pflegeeinrichtungen zu integrieren. Zunehmend deutlich wurde inzwischen, dass neben Defiziten in der Behandlung der belastenden körperlichen Symptomatik eine Vielzahl weiterer Belastungsfaktoren in den Blick zu nehmen ist, die den Wunsch nach einer aktiven Verkürzung der noch verbleibenden Lebenszeit auslösen können. Die wichtigsten seien kurz genannt:

- der Mangel an sozialer Fürsorge und menschlicher Zuwendung gegenüber den leidenden und einsamen Menschen, auch, aber nicht ausschließlich, als Auswirkung des Pflegenotstandes, der oft keine Kontinuität in der Betreuung und Versorgung Sterbender ermöglicht;
- die oft unzureichende Behandlung psychischer Erkrankungskomponenten;
- die Angst vor der immer stärker werdenden Abhängigkeit von Ärzten und Pflegepersonal;
- die unzureichenden Möglichkeiten, sich über die existenziellen Fragen, die viele Menschen am Ende ihres Lebens bedrängen, mit geeigneten

Gesprächspartnern aussprechen zu können, und weitere Mängel im Bereich der psycho-sozialen Begleitung und spirituellen Betreuung;

- leider auch, und nicht so selten: Das Empfinden, tatsächlich oder vermeintlich anderen zur Last zu fallen, und das Bedürfnis, diese Situation abzukürzen oder zu beenden. Dies ist besonders bei wachsenden finanziellen Schwierigkeiten der Fall, die vom Gesundheitssystem geforderten Eigenanteile zu aufwändigen Pflegemaßnahmen aufzubringen;
- und schließlich die nicht unbegründete Furcht vor unnötigen Belastungen durch Therapien, die medizinisch nicht mehr erforderlich, aber ökonomisch lukrativ sind, selbst wenn dadurch der Sterbeprozess nur noch hinausgezögert wird.

Daher hat die öffentliche Aufmerksamkeit dafür zugenommen, dass Menschen in solchen Lebenssituationen, die sie auf die eine oder andere Weise als Bedrohung ihrer Würde erfahren, die Hilfe von Organisationen im Ausland in Anspruch nehmen, um ihr Leben durch eigene Entscheidung zu beenden. Dass solche Organisationen auch in Deutschland selbst verstärkt tätig werden und aus ihrer Praxis der Sterbehilfe ein lukratives Geschäft machen könnten, ist dabei eine Sorge, die viele umtreibt.

So hat die aktuelle Diskussion um Sterbehilfe und assistierten Suizid leider eine so große praktische Bedeutung, dass nachvollziehbar wird, warum mehrere Gesetzentwürfe Vorschläge zur rechtlichen Verregelung dieser Thematik unterbreiten. In Kürze wird der Bundestag darüber zu entscheiden haben, welche Position er sich mehrheitlich zu eigen machen will. Die erste große Parlamentsdebatte dazu im Frühjahr dieses Jahres machte deutlich, dass alle vorliegenden Entwürfe Stärken, aber auch Schwächen aufweisen; keiner von ihnen kann beanspruchen, alle in diesem Zusammenhang auftretenden Schwierigkeiten optimal berücksichtigen und lösen zu können. Bemerkenswert war der durchgehend spürbare hohe Respekt, in dem die Vertreter unterschiedlicher Positionen einander gegenübertraten – die Art der Auseinandersetzung war der Bedeutung, aber auch der Komplexität des Gegenstandes angemessen.

Dabei wurde von allen Seiten bekräftigt, was den Grundkonsens ausmacht, in dem alle Gesetzentwürfe konvergent sind: Es muss in erster Linie darum gehen, Menschen in verzweifelten Lebenssituationen annehmbare Alternativen zu einem Suizid aufzuzeigen. Denn der Entschluss, sich in einer solchen Situation das Leben zu nehmen, beruht oft auf den Belastungsfaktoren, die eben genannt wurden, und kann durch deren Veränderung beeinflusst werden. Das ist der entscheidende Grund, warum sich bei Menschen, die hinreichend palliativ betreut werden, ein anfänglich nicht selten bestehender Wunsch nach einem raschen Tod im Lauf der Erfahrung reduziert, dass ihnen auch palliativ wirksam geholfen werden kann. Daher können Entscheidungen zu einem Suizid zwar insofern frei getroffen werden, als auf Seiten des Patienten die subjektiven wie objektiven Voraussetzungen für eine

bewusste Wahl unter alternativen Handlungsmöglichkeiten erfüllt sind. Der Suizidwunsch wäre also nicht Ausdruck der Krankheit selbst, etwa einer Depression. Dennoch aber erschienen diese Handlungen leidenden Menschen nicht notwendig, würde die Not und Bedrängnis, die sie empfinden, auf anderem, eben durchaus möglichem Wege gelindert oder beseitigt. Ein Suizid, der auf solchen Verursachungsfaktoren beruht, wäre also nicht, wie es häufig nahegelegt wird, als *unfrei* zu betrachten (in diesem Fall wäre eine Beteiligung daran überdies ein schwerwiegender Straftatbestand). Vielmehr erscheint eine Suizidentcheidung als *unnötig*, weil durch eine Veränderung der Umstände abwendbar. Und genau daran wird deutlich, warum es auf die Arbeit an der Behebung der bestehenden Missstände im Heil- und Pflegebereich ebenso entscheidend ankommt wie auf Vorkehrungen dagegen, dass Menschen unter sozialen Druck geraten, sich zu einem Suizid zu entschließen.

Doch nicht in allen Fällen eines Sterbewunsches sind die Bedingungen veränderbar, aus denen er resultiert. Deswegen lässt sich die Frage, wie damit in verantwortlicher Weise umgegangen werden kann, weder wegdefinieren nach dem Motto „solche Fälle kommen nicht vor“ noch mit Achselzucken kommentieren, nach der Maxime „es gibt leider Fälle, in denen man nichts tun kann“. Krankheits- und Sterbesituationen, in denen auch die Möglichkeiten der Palliativmedizin an ihre Grenzen kommen, sind zwar glücklicherweise selten. Treten sie jedoch ein, so ist ihr Verlauf nur bis zu einem gewissen Grad vorhersehbar. Große Bedeutung haben dann die Erfahrung der behandelnden Ärzte und ihr Einschätzungsvermögen in Bezug auf den Kranken und seine Befindlichkeit, aber auch das Wissen um die Ambivalenzen unterschiedlicher möglicher Behandlungsstrategien. Darauf kann es zurückzuführen sein, dass einem Arzt in der konkreten Situation die gerade von ihm gewünschte Klarheit in der Frage, wie zu handeln richtig ist, nicht zur Verfügung steht. Dadurch eröffnet sich ein Spielraum für mehrere Handlungsoptionen, die vertretbar erscheinen.

In solchen Fällen wird von jedem Handelnden angestrebt werden, was auch aus ethischer Sicht wichtig ist: Die Unsicherheiten zu verringern, unter denen die Handlung stattfindet, damit das angestrebte Handlungsziel – die Linderung des Leides des Kranken – möglichst nicht verfehlt wird. Vollständige und zutreffende Informationen über alle Dimensionen der Patientensituation werden hier entscheidend. Ethische Fallbesprechungen innerhalb des Pflege- und Behandlungsteams, Supervisionen und moderierte kollegiale Beratungen können dazu überaus hilfreich sein. Dafür bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen, die mancherorts in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wohl erst noch geschaffen werden müssen.

Es wäre jedoch falsch anzunehmen, durch solche Möglichkeiten der kollegialen Beratung reduziere sich der Bereich, in dem ein Arzt eigenverantwortlich entscheiden muss, nahezu auf Null. Gerade am Ende des Lebens kann aus der Notwendigkeit,

eine Entscheidung zu treffen, eine Gewissensfrage werden. Besonders ist dies dann der Fall, wenn der Patient – angesichts der in seiner Situation erreichten Grenzen weiterer palliativer Behandlung – den Arzt um Hilfe bei einem von ihm als alternativlos beurteilten Suizid bittet. Denn diese Bitte kann sich ihrerseits als Ergebnis und Ausdruck einer Gewissensentscheidung darstellen, die eine gleichgeartete, nämlich im Gewissen geprüfte Antwort durch den Arzt verlangt.

Die hierdurch entstehende moralische Situation muss unter zwei Aspekten betrachtet werden, sie hat eine individual- wie eine sozialetische Dimension. Individualethisch gilt es, sich über die Bedeutung und Reichweite eines Gewissensurteils im Klaren zu sein. Sozialetisch von Bedeutung ist vor allem, wie unterschiedliche gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe diese Gewissensproblematik beeinflussen, also ob sie die hier auftretenden Fragen leichter lösbar machen oder aber Gefahr laufen, sie zu verschärfen bzw. neue, ebenfalls für die Gewissensfrage erhebliche Probleme aufzuwerfen.

Zunächst einige Bemerkungen zur individualethischen Dimension. Gewissensurteile, so lautet ein zentraler Grundsatz nicht nur der katholischen Moraltheologie, sondern auch zahlreicher anderer theologischer und philosophischer Ethiken, sind für denjenigen, der sich über sie klar geworden ist, verbindlich. Dies gilt auch dann, wenn andere sich diesem Urteil und seinen handlungspraktischen Konsequenzen nicht anschließen. Denn über das eigene Gewissen kann man nicht verfügen, vielmehr findet man sich immer schon vor als jemand, der durch dieses Gewissen in Anspruch genommen wird. In jeder Gewissensentscheidung geht es um den Kern der personalen Identität eines Menschen und damit um das, was seine Würde in herausragender Weise ausmacht. Sie fordert von Anderen daher nicht zwangsläufig Zustimmung, wohl aber Respekt. Nur so lässt sich verhindern, dass das Subjekt dieser Entscheidung *de facto* zum Objekt eines fremden Willens wird, indem man sie durch psychische oder physische Formen von Nötigung und Zwang unmöglich zu machen versucht. Hierin läge wohl die schwerwiegendste Verletzung seiner Würde, die einem Menschen zugefügt werden kann. Denn in seiner Fähigkeit zu verantwortlicher Selbstbestimmung gerade in Entscheidungen, die persönlichster Art sind, kommt diese Würde in besonderer Weise zur Erscheinung¹.

Daher finden sich im Dekret über die Religionsfreiheit, das unter dem Titel *Dignitatis humanae* vom Zweiten Vatikanischen Konzil vorgelegt wurde und so direkt auf die Würde der Person Bezug nahm, folgende Feststellungen, die über religiöse Wahrheitsfragen deutlich hinausgehen: „Nun aber werden die Gebote des göttlichen Gesetzes vom Menschen durch die Vermittlung seines Gewissens erkannt und anerkannt, ihm muss er in seinem gesamten Tun in Treue folgen, damit er zu Gott, seinem Ziel, gelange. Er darf also nicht gezwungen werden, gegen sein Gewissen zu handeln. Er darf aber auch nicht daran gehindert werden, gemäß seinem Gewissen zu handeln, besonders im Bereich der Religion“². Wohlgedenkt: Es heißt dort „besonders“, nicht „ausschließlich“ im Bereich der Religion!

Vor diesem Hintergrund wäre es ein Verstoß gegen grundlegende moralische Rechte der Person, würden Gesetze wirksam, die die Möglichkeit negieren, dass Gewissensentscheidungen im Bereich persönlicher Lebensfragen überhaupt zu praktischer Auswirkung gelangen. Entsprechende Entscheidungen eines Kranken, aber auch andersgelagerte seines Arztes sind dann nicht nur zu respektieren, sondern darüber hinaus schutzwürdig und –bedürftig. Als Alternative zu einer solchen Entscheidung wird häufig auf die Möglichkeit einer palliativen Sedierung hingewiesen, bei der die belastende Symptomatik maximal gedämpft, dabei aber der mögliche Eintritt des Todes in Kauf genommen wird. Selbst diese Methode ist jedoch nach Auskunft von Palliativmedizinerinnen nicht immer dazu geeignet, alle Qualen erträglich zu machen³. In jedem Fall müssen beide Optionen unter dem Gesichtspunkt beurteilt werden, dass sie darauf abzielen, die Würde des Sterbenden zu wahren – insofern sind beiden auch die charakteristischen Merkmale von Gewissensentscheidungen eigen. Wichtig ist, dass Betroffene mit Ärzten und Angehörigen über diese Themen reden können. Möglichkeiten, mit denen sich die Patienten auseinandersetzen, dürfen nicht von vornherein aus einem solchen Gespräch ausgeschlossen bleiben. Nur so kann das Ziel erreicht werden, dem Kranken eine für ihn annehmbare Alternative zur Selbsttötung nahe zu bringen, die anderenfalls, sofern noch möglich, oft in unwürdiger und brutaler Form erfolgt. Gerade die Möglichkeit, das Leben in Würde beenden zu können und darin nicht allein gelassen zu werden, kann lebenserhaltende, zumindest aber lebensverlängernde Auswirkungen haben.

Zur sozialetischen Dimension der Gewissensproblematik ist zunächst festzustellen: Die geltende Rechtslage trägt der beschriebenen moralischen Situation in wesentlichen Punkten Rechnung. Auch für eine juristische Betrachtungsweise gilt: Das Selbstbestimmungsrecht der Person, das sich aus der ihr eigenen Würde unmittelbar ergibt⁴, und ihre Persönlichkeitsrechte dürfen selbst in Todesnähe nicht negiert oder faktisch zum Verschwinden gebracht werden. Insofern besteht zwar ein Recht, nicht jedoch eine unbedingte Pflicht dazu, zu leben. Ebenso wird aus diesem Grund weder mit dem Versuch noch mit der vollendeten Durchführung eines Suizids als solchem ein Straftatbestand verwirklicht, und auch die Hilfestellung dabei ist kein strafrechtliches Delikt.

In wachsendem Maße wird jedoch befürchtet, dass kommerzielle Sterbehilfeorganisationen diese rechtliche Situation ausnutzen könnten, um assistierten Suizid in gewerbsmäßiger Weise als Dienstleistung anzubieten. Daher herrscht eine relativ breite Übereinstimmung dahingehend, dass solche Aktivitäten verboten werden sollten. In diesem Punkt treffen sich die meisten der ansonsten in verschiedenen Einzelfragen divergierenden Gesetzentwürfe. Dennoch sollte sorgfältig geprüft werden, ob es einer veränderten Rechtslage im Strafrecht wirklich bedarf. Keine juristische Norm dürfte wohl imstande sein, alle Konstellationen, die am Lebensende schwer leidender Menschen auftreten können, so zu berücksichtigen, dass das Ziel, ein Sterben in Würde zu ermöglichen, in jedem Falle gewahrt bleibt.

Werden durch neue juristische Regelungen, vor allem strafrechtlicher Art, die Handlungsalternativen und damit die Entscheidungsmöglichkeiten von Ärzten stark eingeschränkt, so kann dies zu der – natürlich ungewollten – Folge führen, dass im Ergebnis mehr statt weniger Menschen in Sterbesituationen geraten, die unmenschlich zu nennen sind. Der betroffene Arzt geriete dadurch in einen schweren inneren Konflikt: Sich an die neuen Regelungen zu halten, könnte für den Patienten zu Konsequenzen führen, die der Arzt vor seinem Gewissen nicht verantworten kann. Sich aber aus Gründen elementarer Menschlichkeit über sie hinwegzusetzen, könnte darauf hinauslaufen, dass sich der Arzt in schwerwiegender Weise strafbar macht.

In ethischer Hinsicht ist dieser eigentümliche Sachverhalt, dass Normen um so mehr in ihrer Reichweite abnehmen, je konkreter sie gefasst sind, nichts Ungewöhnliches. Schon die antike Rechtsphilosophie kannte den Grundsatz *summum ius – summa iniuria*: Gerade das Streben danach, ein perfektes Recht für alle denkbaren Anwendungsfälle zu schaffen, kann schlimmstes Unrecht bewirken. Das gilt besonders im Blick auf existenziell bedeutsame Lebenssituationen. Deswegen sind rechtliche Erwägungen stets daraufhin zu prüfen, wie sie vermeiden können, dass sie zu Resultaten führen, die man als ungerecht, mindestens als unbillig zu bewerten hätte. So spricht auch im Kontext der Sterbehilfe vieles dafür, geltende rechtliche Normen nicht derart zu verändern, dass sie jene Ermessensspielräume stark einschränken, die dem Arzt und anderen an der Pflegesituation Beteiligten ein praktisches Gewissensurteil ermöglichen sollen.

Dabei ist weitgehend unstrittig, dass eine Beihilfe zum Suizid nicht zu den vorgegebenen Aufgaben eines Arztes gehören kann: Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen. Umso mehr gilt dies für Tötungshandlungen, die bereits heute strafbar sind: Sie sollen auch künftig nicht als Optionen zur Verfügung stehen. Eine *Fremdtötung* auf Verlangen des Patienten ist damit ebenso negiert wie (erst recht) eine solche Tötungshandlung gegen den Willen der betroffenen Person. Um diese grundlegenden normativen Überzeugungen geht es in der aktuellen Debatte eben *nicht*, sondern ausschließlich darum, ob Strafrecht oder ärztliches Standesrecht die Entscheidung von Ärzten oder Personen, die dem Kranken besonders nahe stehen und mit der Bitte um Hilfe bei seiner *Selbsttötung* konfrontiert werden, unter eine Sanktionsdrohung bzw. einen strafrechtlich relevanten Verdacht stellen sollen.

In diesem Zusammenhang möchte ich eine Anfrage an den Gesetzentwurf richten, den Frau *Griese* zusammen mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Bundestag vorgelegt hat. Er hat nach Einschätzung vieler Sachkundiger gute Chancen, mit deutlicher Mehrheit beschlossen zu werden. Von den Unterstützern dieses Entwurfs wird darauf hingewiesen, es gehe darum, weder für gewerbsmäßige Sterbehilfeangebote eine Tür offen zu halten noch dafür, dass Suizidbegleitung sozusagen zu einer Art ärztlicher Regelleistung, also *de facto* zum Bestandteil der

vorgegebenen Aufgaben eines Arztes wird. Mit dem Verbot nicht nur der „gewerbsmäßigen“, sondern auch der „geschäftsmäßigen“ Assistenz beim Suizid solle diese Tür geschlossen werden. Keinesfalls wolle man Einzelfallentscheidungen, die aus Gewissensüberzeugung resultieren, künftig per Gesetz blockieren. Es fragt sich jedoch, wie verhindert werden kann, dass sich bereits die wiederholte Einzelfallentscheidung eines Arztes zu einer solchen Assistenz als Verstoß gegen die Verbotsnorm werten lässt, wodurch sein Handeln unmittelbar von Strafbarkeit bedroht wäre⁵. Ein solches Risiko würden Ärzte kaum einzugehen bereit sein. Dann aber bliebe für Gewissensentscheidungen kein Spielraum mehr, ja aus Angst vor Strafe würden vielleicht nicht einmal die zulässigen Möglichkeiten, Leid zu lindern, ausgeschöpft, indem beispielsweise Beratungsgespräche zu diesem Gegenstandsbereich vermieden würden. In diesem Fall dürften sich eher noch mehr Menschen, die dafür genügend Geld zur Verfügung haben, an Sterbehilfeorganisationen im Ausland wenden oder, wenn sie die geforderten Summen nicht aufbringen können, sich selbst auf brutale und grausame Weise zu töten versuchen. Diese Auswirkungen eines im Blick auf seine Intention zweifellos begrüßenswerten gesetzgeberischen Ansatzes wären unbedingt zu vermeiden, aus individual- wie sozialemischen Erwägungen gleichermaßen. Denn nicht nur würde persönliches Leid dadurch noch gesteigert, sondern auch den kommerziellen Interessen von Sterbehilfeorganisationen würde mit zusätzlichen Anreizen gedient.

Noch ein Wort zu den Missbrauchspotentialen, die in jeder Regelung enthalten sind, die nicht auf ein striktes Verbot jeder Suizidassistenz hinauslaufen⁶, vielmehr die von Verfassungs- und Strafrechtlern ganz überwiegend vertretene Auffassung akzeptieren, dass sich das grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmungsrecht auch auf das eigene Lebensende bezieht. In der Praxis ist es häufig der Fall, dass man jeglichen Missbrauch zuverlässig nur ausschließen kann, wenn man dabei zugleich einen vernünftigen und wünschenswerten Gebrauch ebenso verunmöglicht. Unter den Instrumenten, die wir täglich verwenden, sind etliche, mit denen man anderen Menschen schweren Schaden zufügen kann. Wir alle können nicht vermeiden, von Zeit zu Zeit ein Messer zu benutzen, und etliche von Ihnen sind möglicherweise mit dem Auto hierher gekommen. Auch das sind mögliche Tötungsinstrumente. „Vergessen Sie nicht: Autounfälle passieren überall!“ – mit dieser einschüchternden Drohung wurde mancher Häftling aus Gefängnissen in der ehemaligen DDR in die alte Bundesrepublik entlassen. Aber niemand würde deswegen vorschlagen, das Autofahren zu verbieten; stattdessen schaffen wir Regelungen, z.B. eine Straßenverkehrsordnung, die die Gefahren entschärfen und die Risiken auch der vernünftigen Verwendung eines Autos tragbar machen sollen. Darin manifestiert sich der ethische Grundgedanke, dass dem vernünftigen Gebrauch ein Wert zuzumessen ist, der auf eine Weise erhalten werden soll, in der die Gefahrenpotentiale nicht unverhältnismäßig stark zu Buche schlagen oder gar überwiegen. Anders gesagt: Wir streben die Erreichung des Wertes auf eine Weise an, die nicht kontraproduktiv dafür ist, ihn tatsächlich zu realisieren, besonders wenn

man dabei an eine längere Zeit in der Zukunft mit einer doch nennenswerten, womöglich sogar großen Zahl von Betroffenen denkt. Es geht also darum, Vorsichtskriterien, gegebenenfalls auch mit Mitteln des Rechts, gebührend zu berücksichtigen, nicht aber um absolute strafrechtliche Verbote. Von diesem Grundprinzip her müsste auch die Sterbehilfe-Diskussion angegangen und möglicherweise in einigen Hinsichten neu fokussiert werden.

Lassen Sie mich abschließend das Fazit dieser Überlegungen in drei Sätzen zusammenfassen, die die – nicht nur aus meiner Sicht – wichtigsten Aspekte noch einmal betonen:

Will man dem Wunsch Schwerstkranker nach Hilfe beim Suizid wirksam und nachhaltig entgegenwirken, so kommt alles darauf an, ihnen glaubhaft zu vermitteln, dass es eine annehmbare Alternative zu dieser Entscheidung für sie gibt. Es bedarf nicht so sehr neuer gesetzlicher Verbotsnormen, vielmehr einer Veränderung der Formen und Umstände der Begleitung und Behandlung am Lebensende in einer Weise, die den Betroffenen zumutbar ist. Nur so lässt sich vermeiden, dass der Ruf nach Hilfe zu einem selbst herbeigeführten Tod Menschen als letzter Ausweg aus einer als zunehmend unerträglich und würdelos empfundenen Situation erscheint. Auf die Desiderate, die hier bestehen, müssen gerade kirchliche Stellungnahmen zum Thema immer wieder mit der gebotenen Dringlichkeit hinweisen. Sie müssen ihnen aber auch, so gut sie es können, im Bereich ihrer eigenen Häuser und Einrichtungen abzuhelpen suchen.

¹ Gleichwohl gibt es erfahrungsgemäß eine Vielzahl illegitimer Eingriffe in Gewissensentscheidungen, die teils subtiler Art sind und die man sich daher erst als solche bewusst machen muss, um sich gegen sie wehren zu können.

² Konzilsdekret *Dignitatis Humanae* 3.

³ Vgl. *Matthias Thöns*, Hilfe beim Suizid – Strafrechtsänderung wäre ein Irrweg, Stellungnahme in der Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages 23. 9. 2015, S.2.

⁴ Vgl. Art. 2 Abs. 1 GG i. Vb. m. Art. 1 Abs. 1 GG.

⁵ Vgl. die Stellungnahmen von *Matthias Herdegen*, *Eric Hilgendorf*, *Ruth Rissing-van Saan*, *Bettina Schöne-Seifert* und *Matthias Thöns* zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages am 23. 9. 2015

⁶ Wie es in einem anderen Gesetzentwurf – *Sensburg et al.* – vorgesehen ist.