

mit Völkergewohnheitsrecht; wohlgermt den Krieg, nicht die Besetzung! (60–62). *David Little* (Harvard Divinity School) (71–80) überprüft die Rolle der Menschenrechte in der Kriegsverhinderungspolitik und während der friedensbewahrenden Maßnahmen, anlässlich von „peace-making“ und „peace-building“ (72). Minderheitenrechte würden noch am effektivsten durch eine zivilgesellschaftliche Kultur (78) und demokratische Institutionen (76) geschützt werden. Auf dem Weg vom Krieg zum Friedenszustand sei die weltweit mittlerweile ausführlich reflektierte „Rechtsprechung für Übergangszeiten“ („jurisprudence in transition“) unerlässlich (78). *Sabine von Schorlemer* (Technische Universität Dresden) (81–112) sucht ebenfalls nach Kriterien für militärische Zwangsmaßnahmen im Völkerrecht. Staatliche Souveränität finde ihre Grenze am Menschenrechtsschutz (84); Souveränität heiße heute, verantwortlich nicht nur für die Bewohner des nationalen Territoriums, sondern für alle Menschen zu sein (87). Diese Pflicht beinhalte, humanitäre Katastrophen von den Menschen fernzuhalten. Vom Gerechten Krieg zur gerechten Intervention spannt *Oliver Ramsbotham* (University of Bradford/UK) (113–137) noch einmal den Bogen, und *Michael Haspel* (Direktor der Evangelischen Akademie Thüringen) (138–155) setzt noch einmal an, um Kriterien für legitimen Gewalteinsatz, darunter auch den Waffeneinsatz, zu finden, und verknüpft dabei die Menschenrechte mit der internationalen Verteilungsgerechtigkeit und der institutionalisierten Konfliktregelung. – Das Büchlein führt umfassend und engagiert in die gegenwärtige Diskussion um Intervention und Krieg ein. Die Tagung zeigt eindrücklich, dass neben dem Menschenrechtsschutz im engeren Sinne Probleme der Verteilungsgerechtigkeit einen wachsenden Stellenwert erhalten werden. Insgesamt würdigen alle Autoren die fast totesagte Theorie des Gerechten Krieges als unverzichtbares Instrument, um Kriege wie Interventionen zu legitimieren (oder zu verwerfen), was diese Theorie nicht gleich wieder dem Verdacht aussetzen sollte, Kriegswünschen willfährig zu sein. Sämtliche Autoren halten die UNO für unersetzlich, verschweigen aber nicht deren Schwachstellen (zum Vorgehen bei Selbstblockade des Sicherheitsrates: 103–105). Mancher Artikel hätte ein wenig anders eingereicht gehört (v. Schorlemers Artikel zu Johnson); Wiederholungen waren wohl nicht zu vermeiden. N. BRIESKORN S. J.

REHMANN-SUTTER, CHRISTOPH [U. A.] (HGG.), *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz*. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin (Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen; Band 6). Bern [u. a.]: Lang 2006. 376 S., ISBN 3-03910-838-7.

Der Bd. geht zurück auf ein Symposium in Zürich im September 2004, das von der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) des Bundes, der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften (SAMW) und den Ethik-Zentren der Universitäten Zürich, Lausanne und Genf veranstaltet wurde. Er enthält 29 Beiträge und einen Anhang, in dem sich u. a. ein Auszug aus den medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende und aus der Stellungnahme „Beihilfe zum Suizid“ der NEK finden. Der Bd. gibt einen breiten Einblick in die Gesichtspunkte, die in der Debatte über die Beihilfe zum Suizid angeführt werden. Grundlage ist Art. 115 StGB, nach dem die Beihilfe genau und nur dann strafbar ist, wenn sie „aus selbstsüchtigen Beweggründen“ erfolgt.

Es ist nicht Aufgabe des Arztes, so heißt es in den Richtlinien der SAMW, von sich aus Suizidhilfe anzubieten; er sei vielmehr dazu verpflichtet, Leiden, die Suizidwünschen zugrunde liegen, nach Möglichkeit zu lindern. Dennoch könne am Lebensende in einer unerträglichen Situation der dauerhafte Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen. Dann ergebe sich für den Arzt der Konflikt, dass einerseits die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit ist, andererseits aber die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung ist. „Die Entscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen“ (326). Die erste Voraussetzung, die für eine Beihilfe erfüllt sein muss, sei: Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.

Auch das Dokument „Beihilfe zum Suizid“ der NEK geht aus von dem Konflikt zwischen der gebotenen Fürsorge für suizidgefährdete Menschen und dem Respekt vor der Selbstbestimmung des Suizidwilligen. Es weist aber auch hin auf die gesellschaftlichen Folgen. Die Praxis der Suizidbeihilfe dürfe nicht zum Druck für behinderte und kranke Menschen werden, „der Gesellschaft nicht zur Last fallen zu dürfen und den Suizid oder die Suizidbeihilfe einfordern zu müssen“ (351). Die Entscheidung zur Beihilfe dürfe immer nur an der einzelnen Person und ihrer Situation orientiert sein; Kriterien könnten immer nur den Charakter von notwendigen Bedingungen haben. „Es wäre fatal, wenn die Beihilfe zum Suizid aufgrund von Routinen erfolgen würde: Diejenigen, welche die Kriterien erfüllen, könnten sich u. U. sogar unter Rechtfertigungsdruck fühlen, wenn sie die Hilfe nicht in Anspruch nehmen wollen“ (352). Bei den Sterbehilfeorganisationen gehe es nicht „um die Suizidhilfe durch nahe Bezugspersonen, sondern um ein allgemeines Angebot an fremde Menschen“ (353). Solche Organisationen könnten dahin tendieren, auf Kosten der Lebenshilfe die Selbstbestimmung zum Leitmotiv ihrer Aktivitäten zu machen. „Daher bedarf es rechtlicher Vorgaben, die sicherstellen, dass der erste Pol ausreichend Berücksichtigung erfährt“ (353). Wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist, solle keine Beihilfe geleistet werden.

Die moralphilosophische Problematik sei skizziert anhand des Beitrags von *Klaus Peter Rippe* (181–194). Bei den Befürwortern der Beihilfe zum Suizid seien zwei Positionen zu unterscheiden. (a) Sterbehilfe kann nur in der Ausnahmesituation der Sterbephase legitim sein; sie findet allein im medizinischen Rahmen einen Platz. (b) Aus dem moralischen Recht der Autonomie folgt, dass der Einzelne selbst entscheiden darf, wann und auf welche Weise das eigene Leben beendet wird; „Bestandteil des Rechts auf Selbstbestimmung ist ein Recht auf den eigenen Tod“ (185). Diesem Recht korrespondiere jedoch keine moralische Pflicht anderer zur Hilfeleistung; zu diskutieren sei lediglich, ob andere Personen oder der Staat die Pflicht hätten, diese Handlungen zuzulassen. Gegen Position (b) werden zwei Einwände vorgebracht: 1. Die Selbstbestimmung findet ihre Grenze an der Freiheit anderer Personen. Durch eine Praxis der Suizidbeihilfe können sich andere gedrängt fühlen, um Suizidbeihilfe zu bitten, damit sie anderen nicht zur Last fallen. 2. Durch eine institutionalisierte Suizidbeihilfe ist das Tötungsverbot in Gefahr. Die Übergänge von Suizidbeihilfe zu Tötung auf Verlangen und von dort zur aktiven Sterbehilfe ohne Einwilligung sind fließend. Rippes drei Einwände gegen diese beiden Argumente überzeugen in keiner Weise; erwähnt sei hier lediglich der dritte. Die Argumente verlören ihre Kraft, wenn institutionelle Möglichkeiten beständen, der negativen Entwicklung entgegen zu wirken. Den Einwand, dass auch dann eine Tötung auf Verlangen nicht auszuschließen sei, lässt Rippe gelten; ein Nullrisiko könne moralisch nicht gefordert werden; entscheidend sei, ob ein Dambruch verhindert werden könne.

Für die Sicht der Ärzte stehe der Beitrag von *Jörg-Dietrich Hoppe* über die Haltung der deutschen Ärzteschaft zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid (79–82). In der deutschen Ärzteschaft überwiege die Meinung, dass es keinen wirklichen Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und ärztlich assistiertem Suizid gibt. Entscheidend seien der Wunsch zu sterben und die Bereitschaft, einen Menschen zu töten bzw. ihm zum Sterben zu verhelfen. Hoppe fragt: „Würden Suizidwillige nicht überwiegend die Tötung bevorzugen, wenn sie nicht durch die gesetzliche Bestimmung daran gehindert wären?“ (79). Die Ärzteschaft der Bundesrepublik Deutschland lehne die aktive Sterbehilfe und den ärztlich assistierten Suizid u. a. aus folgenden Gründen strikt ab: 1. „Die Gefahr des Missbrauchs, wie in den Niederlanden schon evident, ist übergroß“ (80). 2. Es dürfe nicht dazu kommen, daß Patienten sich fragen müssen, ob der Arzt ihnen helfen will oder ihren ‚guten Tod‘ erwägt. 3. Bei einer Relativierung des Tötungsverbots würde bei den Ärzten und dem Pflegepersonal die Neigung, lebensbedrohlich erkrankte Patienten aufzugeben, zunehmen. Schwer erkrankte Patienten, die den Tod nicht wünschen, würden möglicherweise mit der Entscheidung von Sterbewilligen konfrontiert und dadurch in eine Erpressungssituation gebracht. Hoppe verweist auf das Engagement der Ärzte für die Palliativmedizin und das Hospizwesen, um so eine Alternative zur Tötung auf Verlangen oder zum ärztlich assistierten Suizid aufzuzeigen.

F. RICKEN S. J.