

Einleitung

Vita brevis, ars longa – der hippokratische Aphorismus zeigt, dass die Reflexion über die Bedingungen ärztlichen Handelns seit ihren Anfängen Teil der Medizin war. Diese Reflexion ist mittlerweile mit den Fächern »Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin« fest in der ärztlichen Ausbildung verankert und an den meisten medizinischen Fakultäten in Deutschland institutionalisiert. Sie zielt auf eine Beantwortung der Fragen, was die Medizin war, was sie ist und was sie sein sollte.

Unverändert geblieben sind die existenzielle Bedeutung ärztlichen Handelns und bestimmte strukturelle Herausforderungen, die bereits im hippokratischen Aphorismus anklingen. Diese ergeben sich aus der individuellen Ausrichtung ärztlichen Handelns, der Vielzahl äußerer Bedingungen und den jeweiligen individuellen Umständen der Patienten¹. Die besondere Bedeutung dieses Handelns ist durch das Ziel der Heilkunst vorgegeben: Hilfe für kranke oder von Krankheit bedrohte Menschen, deren Wohlergehen und mitunter auch deren Existenz auf dem Spiel stehen.

Geändert haben sich mit der Moderne die wissenschaftlichen Grundlagen, die technischen Möglichkeiten und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen medizinischen Handelns. Die Erfolge der modernen Naturwissenschaften werfen die Frage auf, in welchem Verhältnis die Medizin zu ihnen steht. Zugleich wird der menschliche Körper Gegenstand neuer und immer weitreichender technischer Möglichkeiten der Naturbeherrschung. Wir stehen dabei nicht nur vor der Frage, ob und wie die entsprechenden Grenzen verschoben werden dürfen. Unvermeidlich rücken auch die Zivilisationsbrüche und Grenzüberschreitungen des 20. Jahrhunderts in den Blick.

Neben den immensen Erfolgen ist gerade die jüngere Historie der Medizin mit zahlreichen Untaten im Namen der Forschung verbunden. Insbesondere werden dabei die Verbrechen während des Nationalsozialismus ins Gedächtnis gerufen, etwa die grausamen Menschenversuche in den Konzentrationslagern. Jedoch waren Ärzte auch weltweit immer wieder für menschenverachtende Humanexperimente verantwortlich. Für die Skandalgeschichte der Medizin steht im US-amerikanischen Kontext die Tuskegee-Studie exemplarisch. Über Jahrzehnte beobachteten dort Ärzte den Krankheitsverlauf einer unbehandelten Syphilis an afroamerikanischen Landarbeitern. Die ahnungslosen Studienteilnehmer erhielten keine Diagnose, dem Infektionsgeschehen und ihrer Erkrankung wurden freien Lauf gelassen.

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in der Regel die neutrale bzw. männliche Form (generisches Maskulinum) verwendet. Diese schließt alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

Die Aufarbeitung derartiger Menschenversuche gab wesentliche Impulse, die Wertorientierung der Medizin zu reflektieren und ethische Prinzipien für die Praxis zu kodifizieren. Infolge der zunehmenden Liberalisierung und Wertepluralität westlicher Gesellschaften rückte die Selbstbestimmung und individuelle Selbstverwirklichung vermehrt in den Mittelpunkt, verbunden mit einer Abkehr vom traditionellen ärztlichen Paternalismus und einer zunehmenden Orientierung am Patientenwillen. Während pluralistische Gesellschaften einen Konsens in medizinischen Debatten erschweren, nehmen die Anfragen an die Medizin zu, Lösungen für unterschiedlichste Lebensbereiche und -fragen bereitzustellen. Gleichzeitig sieht sich die Medizin mit der Kritik einer »Medikalisierung« konfrontiert. Diese vielfältigen Problembereiche und Entwicklungen verdeutlichen, wie medizinisches Handeln in Forschung und Patientenversorgung einer umfangreichen historischen, theoretischen und ethischen Reflexion bedarf. Sie zeigen zugleich, was es bedeutet, sich in der Medizin zu orientieren und wie anspruchsvoll diese Aufgabe sein kann.

Was es heißt, sich in der Medizin zu orientieren – historisch, theoretisch und ethisch –, hat Urban Wiesing in seinem umfangreichen Werk exemplarisch gezeigt. Als Inhaber der 1998 eingerichteten, deutschlandweit ersten Professur für Ethik in der Medizin ist sein Name untrennbar mit der Institutionalisierung der Fächer Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin verbunden. Sein akademisches Schaffen, sein Wirken in der Fortentwicklung berufsethischer Standards und seine unzähligen wissenschaftlichen Impulse zu gesellschaftlichen Kontroversen der Medizin und Wissenschaft prägen das Feld bis heute. Dieser Band zu Ehren seines 65. Geburtstags präsentiert aktuelle Übersichtsarbeiten ausgewiesener Experten zu Themen aus Urban Wiesings Werk. Er stellt damit zugleich einen repräsentativen Querschnitt wesentlicher Fragen der Medizingeschichte, der Medizintheorie und der Medizinethik dar und verdeutlicht die gleichsam enzyklopädische Breite seines Schaffens.

Diese Fülle an Themen interessierten Lesern zu präsentieren und den Zugang zu ausgewählten Forschungsfragen zu erleichtern, ist ein zentrales Anliegen dieses Bandes: Der oben genannte hippokratische Aphorismus fährt fort, indem er den günstigen Augenblick als flüchtig, die Erfahrung als unsicher und das Urteil als schwierig beschreibt. Diese Spezifika ärztlichen Handelns verweisen auf eine weitere, existenzielle Bedeutungsdimension des Aphorismus. Denn dass das Leben kurz ist und die Kunst lang, gilt für Gelehrte umso mehr, wenn Wissensbestände, Themen und Literatur einen Umfang annehmen, der in der Spanne eines menschlichen Lebens kaum zu bewältigen ist. Umso beeindruckender, wenn es dennoch gelingt, ein Lebenswerk zu schaffen, das der »langen Kunst« gerecht wird. Die so beschriebenen Themen reichen von Autonomie bis zur Sterbehilfe, von der Diagnose bis zur Wissenschaftlichkeit der Medizin.

Um die Themen dieses Bandes, der wie ein Nachschlagewerk genutzt werden kann, schneller zu erschließen, haben wir den einzelnen Beiträgen Stichworte zugeordnet. Dabei ist keine bestimmte Reihenfolge der Lektüre empfohlen. Gruppieren man die Beiträge jedoch nach Themen, so mag die Frage vorangestellt werden, was Wissenschaftlichkeit in der Medizin bedeutet und bedeutet hat (Heiner Raspe). Eng damit verbunden ist die theoretische Analyse der Grundbegriffe ärztlichen Handelns mit ihren normativen Implikationen wie der Diagnose (Heiner Fangerau) und der

Indikation (Thomas Schramme). Der Krankheitsbegriff ist ein weiterer zentraler Begriff, der notorisch schwierig zu bestimmen bleibt. Es lohnt sich daher, einen Blick in die Geschichte der Philosophie und auf Nietzsche zu werfen, der die jüngeren medizintheoretischen Debatten erweitern kann (Michael Steinmann). Der Beitrag über Nietzsches Verständnis von Krankheit verweist darauf, dass die Orientierung der Medizin nur im interdisziplinären Austausch gelingen wird. So kann die Lektüre philosophischer Texte neue Perspektiven auf Medizin und Psychoanalyse eröffnen (Matthias Bormuth). Im Zeitalter der Globalisierung verschränken sich nationale Diskurse schließlich über Ländergrenzen hinweg und erlauben lehrreiche Vergleiche der jeweiligen Entwicklung, wie am Beispiel Chiles (Diana Aurenque) deutlich wird. Wenn die Medizin immer mehr Lebensbereiche und -probleme prägt, liegt die Frage nahe, wie ihre »Heilsversprechen« – gar ihr Status als »Heilwissenschaft« – sich zur Religion verhalten (Jos Welie). Dies gilt umso mehr, wenn neue Technologien wie die Künstliche Intelligenz, an die sich quasi-religiöse Heilerwartungen knüpfen, diesen Versprechen dienstbar gemacht werden (Regina Ammicht Quinn). Eine pluralistische Medizin, die so gleichermaßen vielfältige Ziele wie methodische Ansätze aufweist, wirft daneben die Frage auf, wie sie rechtlich geregelt werden kann (Jochen Taupitz).

Auf das hippokratische Korpus, aus dem der eingangs zitierte Aphorismus stammt, geht bereits der Gedanke zurück, dass sich die Medizin durch ein eigenes Ethos auszeichnet, das für alle Mitglieder der Profession gelten soll (Sabine Salloch). Das Berufsethos ist dabei entscheidend für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient, das selbst eine Vorbedingung der ärztlichen Tätigkeit darstellt (Giovanni Maio). Bewährt hat sich die prinzipienorientierte Medizinethik als Methode (Tom Beauchamp und James Childress). Abseits der Konkurrenz moralphilosophischer Großtheorien vermag sie konkrete ethische Orientierung in der medizinischen Praxis zu geben (Georg Marckmann). Hier erhält die Autonomie des Patienten einen zentralen Stellenwert, der ihr in einer pluralistischen Gesellschaft angemessen ist (Bettina Schöne-Seifert und Johann S. Ach). Wenn medizinische Forschung und Praxis allerdings grenzüberschreitend über Gesellschaften hinaus durchgeführt werden, wirft dies die Frage auf, wie eine globale Bioethik konzipiert werden kann (Henk ten Have) und wie sich normative Maßstäbe in internationalen Richtlinien umsetzen lassen (Ramin Parsa-Parsi). Ferner ist die Reflexion der Medizin in Anwendungsbereichen besonders dringlich, die durch medizinisch-technische Neuerungen und gesellschaftlichen Wertpluralismus geprägt sind. In Zeiten schnellen Wandels ermöglicht der Blick in die Vergangenheit Orientierung. Aus historischer Sicht ist die NS-Medizin für das Verständnis der Medizin nach 1945 entscheidend, auch wenn es darum geht, ihre Fragestellungen und Grundausrichtung zu verstehen. Allerdings gilt es, stets auch alternative Erklärungen für wissenschaftlichen Wandel mitzudenken (Henning Tümmers).

Besonders im Mittelpunkt stehen als bleibende Themen der letzten Jahrzehnte der Lebensanfang in der Reproduktionsmedizin (Claudia Wiesemann), die mögliche Gestaltung menschlichen Lebens durch die Genomeditierung (Dieter Birnbacher) und das Lebensende, hier erörtert am Beispiel des ärztlich assistierten Suizids (Ralf Jox). In besonderer Weise auf die Probe gestellt wurde die Medizin und ihre forschungsethische Orientierung in der globalen Krisensituation der COVID-19-

Pandemie (Ruth Macklin). Ebenso herausgefordert wird sie durch die wachsenden Möglichkeiten der Künstlichen Intelligenz (Alex London).

Als Herausgeber dieses Bandes sind wir dankbar, Urban Wiesing in seinem reichhaltigen wissenschaftlichen Arbeiten und Wirken begleiten zu können. Er ist für uns Vorbild und Inspiration für eine wissenschaftlich rigorose, gesellschaftspolitisch reflektierte und auf die Mitgestaltung der Praxis in Patientenversorgung, medizinischer Forschung und Gesundheitswesen ausgerichtete Reflexion der historischen, theoretisch-konzeptionellen und ethischen Dimensionen der Medizin. Die in diesem Band versammelten Beiträge verdeutlichen nicht nur den Facettenreichtum dieser Reflexion. Sie repräsentieren auch das hierfür unverzichtbare internationale Netzwerk – den grenzüberschreitenden Austausch, die Kontroverse und den kollegialen Disput – in dem sich Urban Wiesings Schaffen so wirkungsvoll entfalten konnte. Angesichts der weiter zunehmenden Bedeutung einer kritischen Reflexion der Medizin und ihrer Rahmenbedingungen bleibt zu hoffen, dass die in diesem Band exemplarisch aufgespannten Fragen weiter wissenschaftlich intensiv bearbeitet und gesellschaftlich diskutiert werden – ganz im Sinne von Hippokrates: *Vita brevis, ars longa!*

Tübingen, München und Potsdam im Sommer 2023

Hans-Jörg Ehni, Georg Marckmann, Robert Ranisch und Henning Tümmers

Assistierter Suizid – Gute Gründe und falsche Fährten: Argumentationsmuster in der Medizinethik am Beispiel der Debatte um den assistierten Suizid

Ralf J. Jox

Ebenen der Argumentation und gesellschaftlicher Pluralismus

Medizinethische Diskurse kranken oft daran, dass verschiedene Ebenen der Argumentation miteinander vermischt werden. Es sind dies im Wesentlichen vier distinkte Ebenen: die der normativen Individualethik (Was soll ich tun?), die der normativen Professionsethik (Was soll die Profession tun?), die der evaluativen (Strebens-)Ethik (Was ist ein gutes Leben?) und die der Politik (Was sollen wir legislativ oder exekutiv entscheiden?).

Beim Thema des assistierten Suizids tritt besonders deutlich hervor, dass auf diesen vier Ebenen je eigene, distinkte Fragen zu stellen sind, deren Beantwortung je eigene Begründungen erfordern. Daher kann es legitimerweise ganz unterschiedliche Kombinationen von Antworten auf diese Fragen geben. So kann man etwa strebensethisch durchaus der Ansicht sein, dass der assistierte Suizid für einen selbst keine gute, erstrebenswerte Form des Todes darstellt, aber gleichwohl auf der individuell-normativen Ebene überzeugt sein, dass man seinem langjährigen Freund beim freiverantwortlichen Suizid helfen sollte. Auch kann man die Position vertreten, dass man die Suizidhilfe nicht mit seinem Gewissen vereinbaren kann, aber gleichwohl dem Staat zubilligen, dass er die Suizidassistenz straflos lässt.

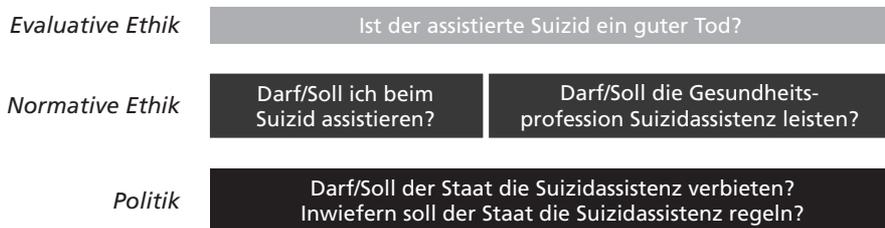


Abb. 1: Ebenen der Argumentation am Beispiel der Debatte um den assistierten Suizid

Dass die Argumentationen zwischen den vier Ebenen oft variieren und strikt auseinanderzuhalten sind, hat zu großen Teilen damit zu tun, dass wir uns in einer offenen, freien und pluralen Gesellschaft befinden (Conolly, 2005, S. 1–3). Sie ist

dadurch gekennzeichnet, dass jeder Person (ab einem bestimmten Alter) *prima facie* das Recht und die Fähigkeit zugesprochen wird, ihr Leben nach selbst bestimmten und verantworteten Werten, Weltbildern und Lebensplänen, also autonom, zu führen. Der demokratisch verfasste Staat ist Funktion und Ausdruck seiner Bürgerinnen und Bürger, aber keine Obrigkeit, welche aufgrund eines überlegenen Wahrheitszugangs den Bürgerinnen und Bürgern Werte verordnen dürfte. Er hat im Gegenteil zu gewährleisten, dass jede Person möglichst frei, und die Gesellschaft als Ganzes in gerechter Weise, ihre Autonomie realisieren kann (Borasio et al., 2020, S. 86–88).

Die Einstellungen zum assistierten Suizid spiegeln den Pluralismus unserer Gesellschaft wider, der sich auch in der Medizin findet (Michl et al., 2008). Sie reichen von apodiktischer Ablehnung über differenzierte Zustimmung bis zur glühenden Propagierung, basierend unter anderem auf ganz unterschiedlichen Werthaltungen, Lebenseinstellungen und Weltbildern. Dieser Meinungs- und Wertpluralismus ist kein zähneknirschend hinzunehmendes Faktum, sondern er ist selbst wiederum ein Wert, und zwar einer der höchsten Werte unserer Gesellschaft. Viele Menschen glauben irrtümlicherweise, Dissens sei zu überwinden und Konsens anzustreben, denn sie denken, dass sozialer Friede am besten durch Konsens erreicht würde. Doch ein Friede, der auf Konsens baut, ist meist nur oberflächlich, temporär und fragil, ein wirklich tiefgreifender, nachhaltiger und robuster sozialer Friede braucht die Einübung eines toleranten, respektvollen Dialogs zwischen Dissentierenden. Eine solche Gesellschaft wird nicht nur friedvoller, sondern auch differenzierter, produktiver und kreativer sein, denn während Konsens eher einullt, fordert Dissens heraus und spornt an. Für unsere Gesellschaft ist der Pluralismus gleichsam das Salz in der Suppe, das sie erst schmackhaft und reizvoll macht.

Aufgabe des Staates ist es daher, diesen Pluralismus mitsamt der Dialogfähigkeit seiner Bürgerinnen und Bürger zu erhalten und zu fördern. Das viel diskutierte Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15) zur Aufhebung des § 217 StGB, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt hatte, ist deshalb als epochal zu bezeichnen, da es diese staatliche Aufgabe mit Präzision beschrieben und begründet hat (Wiesing, 2022). Es wird sich zeigen, ob der Deutsche Bundestag dies auch verstanden hat und ein dieser Grundgesetzauslegung gemäßes Gesetz zum assistierten Suizid verabschieden wird, derzeit sieht es nicht danach aus. Bisher haben die Parlamentarier bei bioethischen Themen eher dazu geneigt, ihre partikularen moralischen Intuitionen und persönlichen Erfahrungen zur Richtschnur ihrer Reden und Abstimmungen zu machen, nicht aber ihre politische Aufgabe als Volksvertreter und Gesetzgeber eines pluralen, freiheitlichen Gemeinwesens. Da bei diesen Debatten, auch und gerade im Deutschen Bundestag, häufig mit empirischen Daten und mit starken Bildern argumentiert wird, sollen Beispiele solcher besonders häufig gebrauchten, problematischen Argumentationen im Folgenden unter die Lupe genommen werden. Die Beispiele stammen allesamt aus der Debatte um den assistierten Suizid, aber die Grundstrukturen finden sich ebenso bei anderen bioethischen Debatten.

Argumentation mit empirischen Daten

Allgemeine Vorüberlegungen

In ethischen Debatten werden grundsätzlich normative und empirische Urteile kombiniert. Die allermeisten ethischen Behauptungen enthalten sowohl eine normativ-präskriptive als auch eine empirisch-deskriptive Prämisse (Hare, 1952, S. 180–182). Dies ist besonders in der Angewandten Ethik der Fall, wo allgemeine Normen auf bestimmte Bereiche angewandt werden. Empirische Aussagen können niemals von sich aus einen normativen Geltungsanspruch entfalten, sondern nur in Verbindung mit normativen Prinzipien. Dabei ist aber der Einbezug empirischer Inhalte in normative Argumentationen besonders delikater, da beide einer anderen Aussagelogik folgen. Empirische Aussagen wiederum sind grundsätzlich wahrheitsfähig und überprüfbar, doch sie sind stets mit einer erkenntnistheoretischen Unsicherheit behaftet. Gemäß dem Kritischen Rationalismus Karl Raimund Poppers (auch Fallibilismus oder Falsifikationismus genannt) lassen sich empirische Aussagen zwar falsifizieren, wodurch man sich der Wahrheit annähert, aber niemals direkt verifizieren (Popper, 2005, S. 17–18).

Auch in der Debatte um den assistierten Suizid spielen empirische Aussagen eine wichtige Rolle (Borasio et al., 2017, S. 7–9). Hierbei ist aber mit großer Vorsicht darauf zu achten, wie empirische Urteile mit normativen Forderungen verbunden werden (Salloch et al., 2012, S. 5–7). So können etwa repräsentative Meinungsfragen nicht direkt ein normatives Urteil begründen, aber sie können ein demokratisches Argument für eine bestimmte politische Regelung sein (Jox, 2017, S. 51–53). Auch der empirische Verweis auf bestimmte Meinungstraditionen ist differenziert zu bewerten: Tradition an sich ist kein ethisches Argument, auch nicht im Rahmen einer Professionsethik. Dass die Ärzteschaft, unter anderem mit Verweis auf die (beileibe nicht immer dominante) hippokratische Ärzteschule der Antike, die Suizidhilfe über viele Jahrhunderte offiziell ablehnte, ist daher *per se* noch kein Argument für die heutige berufsethische Debatte, zumal es auch gegenläufige Beispiele gibt (man denke etwa an Max Schur, den Hausarzt Sigmund Freuds) (Schur, 1939, S. 620–621) und solche Traditionen stets historisch kontextualisiert werden müssen (Wiesing, 2020b). Es mag aber Zweifel und Widerstände in der Ärzteschaft erklären.

Argumente der schiefen Ebene

Am häufigsten werden empirische Daten benutzt, um vermeintliche Konsequenzen von Handlungen auszuleuchten und somit ein konsequentialistisches Argument in medizinethische Diskurse einzuführen. In der Diskussion um den assistierten Suizid wird mantraartig das sogenannte Argument der schiefen Ebene bemüht (engl. *slippery slope argument*, also Argument vom »rutschigen Abhang«, auch Dammbruchargument genannt), das sich in analoger Weise in zahlreichen bioethischen Diskursen finden lässt. Es lautet hier etwa so: Würde man die Suizidassistenz ge-

setzlich regeln, so entstünde nach und nach sozialer Druck auf vulnerable Personengruppen, etwa Ältere oder Behinderte, so dass immer mehr von ihnen sich genötigt sähen, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen. Eine andere Spielart des Arguments betont, dass eine liberale Regelung der Suizidassistenz das gesellschaftliche Klima so verändern würde, dass man irgendwann die Tötung auf Verlangen einführen müsse (Potter, 2019) oder dass sich die Palliativversorgung verschlechtere (Cholbi, 2018).

Diese Argumentationsfigur entfaltet eine erstaunliche appellative Kraft, und dies aus mehreren Gründen. Zum einen erinnert sie vage an das vernünftige Vorsichtsprinzip (*precautionary principle*, auch Vorsorgeprinzip), das fordert, bei vorübergehenden Ungewissheiten zunächst vorsichtig zu agieren, um potenziell beträchtliche Risiken rechtzeitig erkennen und verhindern zu können (Nida-Rümelin et al., 2012; Jonas, 1979). Auch mag so mancher Bürger dabei an die Lebensweisheit »Wehret den Anfängen« denken, welche die Common-sense-Einsicht auf den Punkt bringt, dass man im Leben zuweilen eine unliebsame Entwicklung besser frühzeitig stoppen sollte, da es im weiteren Verlauf schwierig sein kann, diese anzuhalten. Die Redensart geht auf einen Vers in der »*Remedia amoris*« des römischen Dichters Publius Ovidius Naso zurück: »*Principiis obsta; sero medicina paratur cum mala per longas convaluere moras*« (auf Deutsch: »Widerstehe den Anfängen; zu spät wird ein Mittel bereitet, sind die Übel erst einmal durch langes Zögern erstarkt«, Übersetzung d. Verf.) (Ovidius Naso, 2011, S. 91–92). Ovid bezog dies auf die Verliebtheit, doch er konnte sich damit auf die bis heute gültige ärztliche Einsicht stützen, dass Krankheiten meist leichter zu bekämpfen sind, je früher man damit beginnt. Gerade dieser Krankheitsbezug verdeutlicht aber auch, dass die bioethische Argumentationsfigur des *slippery slope* darauf setzt, diffuse Ängste zu schüren, nämlich die Angst vor Kontrollverlust, Ausgeliefertsein und einer fatalen Katastrophe in der Zukunft (Lamb, 1988).

Untersucht man die Argumentationsfigur genauer, so fällt auf, dass sie höchst fehleranfällig ist (Levy, 2008, S. 11–12). Der Syllogismus in seiner grundlegenden Form lautet folgendermaßen:

Prämisse 1: Wird X zugelassen, führt dies notwendigerweise zu Y.

Prämisse 2: Y ist moralisch schlecht.

Konklusion: X darf nicht zugelassen werden.

Die erste Prämisse wird in der Regel als eine hypothetisch-spekulative Prämisse verwendet, welche eine empirisch-faktische Entwicklung der Zukunft antizipiert. Sie ist daher im strengen Sinne niemals überprüfbar. Meist wird behelfsmäßig auf eine Entwicklung in der Vergangenheit Bezug genommen (etwa in einem anderen Land oder bei einer anderen Entscheidung), welche nach diesem Muster abgelaufen sei. Dabei entstehen indes drei Probleme: 1) Die Analogie hinkt, da die vergangene Entwicklung in einer anderen Zeit oder Kultur, mit anderen Anfangs- und Randbedingungen stattgefunden hat. 2) Soziale Entwicklungen sind keine Naturgesetze (und selbst diese sind gemäß Quantenphysik nicht im strengen Sinn determiniert), sondern laufen stets nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit ab, für die jedoch üblicherweise keine empirischen Belege angeführt werden. Wer die »Dämme« der Gesetze, Sanktionen, politischen Steuerungen und ethischen Regeln für grundsätzlich insuffizient hält, spricht damit jeder Politik, Rechtsstaatlichkeit und Ethik

ihr Existenzrecht ab, was unplausibel ist. 3) Der Zustand Y kann auch eintreten, ohne dass er durch die Zulassung von X verursacht wird (sondern durch andere Ursachen), was aber oft nicht sorgsam differenziert wird.

Am Beispiel des Assistierte Suizids verdeutlicht: Ad 1) Wer eine liberale Regelung der Suizidassistentz in Deutschland damit kontert, dass man ja in Belgien und der Niederlande einen rasanten Anstieg der Fälle von »Euthanasie« inkl. Gnadentötungen ohne ausdrückliches Verlangen beobachte, der verwendet eine falsche Analogie, da es sich um eine ganz andere Form der »Sterbehilfe« und eine andere Kultur handelt. Ad 2) Für die spezifischen gesetzlichen Regelungen der Suizidassistentz, welche in Deutschland gerade diskutiert werden, gibt es keine übertragbaren empirischen Belege über deren mutmaßliche Folgewirkungen. Würde man die Regelung des US-Bundesstaates Oregon umsetzen, gäbe es, bei aller Problematik der Vergleichbarkeit, zumindest die besten empirischen Belege, welche jedoch keinen Druck auf vulnerable Personen, keine Ausweitung der gesetzlichen Bedingungen und keine Verschlechterung der Palliativversorgung erkennen lassen (Borasio et al., 2020, S. 82–84). Ad 3) Die (geringfügige) Erhöhung der Zahlen des assistierten Suizids in Oregon sind mit größerer Plausibilität auf die Zunahme der Bevölkerung des Bundesstaates, die Alterung der dortigen Gesellschaft und die Liberalisierung der moralischen Einstellungen als auf die Einführung der gesetzlichen Regelung zurückzuführen (Borasio et al., 2019, S. 982–983).

Der Syllogismus ist zudem deshalb problematisch, da die zweite Prämisse meist nicht begründet wird, nämlich dass das Ende der schiefen Ebene moralisch schlecht sei. Wer etwa behauptet, eine geringe Zahl von assistierten Suiziden sei zwar ethisch akzeptabel, aber wenn ein Großteil der Bevölkerung auf diese Weise sterbe, sei dies ethisch problematisch, der muss diese auf den ersten Blick nicht kohärente Argumentation näher begründen. Erlaubt man den Zugang eines Bürgers zur Suizidassistentz, so lässt sich derselbe Zugang für einen anderen Bürger nicht mit dem Argument einschränken, nun hätten ihn schon zu viele in Anspruch genommen. Sofern die Suizidassistentz unter bestimmten Bedingungen als ethisch legitim eingestuft wird, wieso sollte dann eine gesellschaftliche »Normalisierung« der Suizidassistentz illegitim sein? Dass eine Handlung sorgsam, skrupulös und verantwortungsvoll ausgeführt wird, liegt ja nicht im Wesentlich darin begründet, dass sie selten ist, sondern dass besondere Ausbildung, Erfahrung und Aufsicht zusammenkommen – sonst müsste man Piloten und Chirurgen nur vertrauen, wenn sie besonders selten fliegen bzw. operieren. Aus ethischer Sicht müssten wir daher eine »Normalisierung« der Suizidassistentz in diesem Sinne nachgerade fordern.

Im vorangehenden Satz habe ich *en passant* ein Analogieargument verwendet, wie es häufig in medizinethischen Diskursen geschieht. Aus diesem Grund soll der folgende Abschnitt das Argumentieren mit Analogien und Bildern am Beispiel des assistierten Suizids genauer unter die Lupe nehmen.

Argumentation mit Analogien und Bildern

Medizinethische Debatten sind schon in Fachkreisen, besonders aber wenn sie in der allgemeinen Öffentlichkeit geführt werden, nicht selten von Bildern, Metaphern und Analogien geprägt. Diese werden mit Vorliebe eingesetzt, um Argumenten und Positionen eine besondere Emphase verleihen, aber sie können auch explizit als Argumente *per se* benutzt werden. Bildersprache evoziert in den Hörern und Lesern intuitiv emotionale Reaktionen, die dann wiederum moralische Einstellungen, oft nur wenig bewusst, prägen können. Daher sind sie potente rhetorische Mittel und werden besonders gern von jenen eingesetzt, denen es mehr um die rhetorische Gewinnung des anderen als um die gemeinsame Suche nach dem ethisch Angemessenen geht.

Oftmals enthalten sie auch ein Moment der Übertreibung, in der Rhetorik als hyperbolische Rede bezeichnet. Ein Beispiel hierfür aus der Debatte um den assistierten Suizid ist etwa die Äußerung des früheren Präsidenten der Bundesärztekammer Frank-Ulrich Montgomery, die er anlässlich einer Pressekonferenz mit den Vertretern der 17 Landesärztekammern am 12. Dezember 2014 in Berlin von sich gab: »Von mir aus soll es der Klempner oder wer auch immer machen, aber von den Ärzten gibt es keine klinisch saubere Suizidassistenz.« (Wetzel, 2014) Laut Presseberichten soll er diesen Satz mit sichtlicher Erregung von sich gegeben haben (Süddeutsche Zeitung, 2014). Hier wurde durch die Benutzung des altmodischen Wortes »Klempner« und den Kontrast zum »klinisch sauberen« Arzt das Bild des schmutzigen, groben, vierschrotigen Handwerkers hervorgerufen. Die dadurch vermittelte Abwertung des Klempnerberufs wurde mit der Suizidassistenz in Verbindung gebracht, so dass sich die intuitive Abscheu des Hörers von jenem auf diese überträgt, wodurch die Suizidassistenz diskreditiert wird.

Das Geschenk des Lebens

Ein Bildwort, das im Kontext der Debatten um den assistierten Suizid immer wieder auftaucht und als Argument *sui generis* eingesetzt wird, ist die Rede vom Leben als Geschenk, das man nicht zurückgeben dürfe. Häufig findet sich diese Wendung in Äußerungen von Religionsgemeinschaften, wo das Leben dann als Geschenk Gottes bezeichnet wird (Schweizer Bischofskonferenz, 2019, S. 10). Hiermit wird eine alltägliche, jedem bekannte Situation suggeriert, wonach man ein wertvolles Geschenk, das man über viele Jahre gern genutzt hat, danach nicht mehr einfach zurückgeben dürfe, weil es schadhafte geworden ist, denn das wäre undankbar, unwürdig, ja verletzend. Das Argument ist durchaus anschlussfähig für atheistische Menschen, denn für uns alle gilt, dass wir unsere eigene Existenz nicht uns selbst verdanken, sondern denen, die uns gezeugt haben, im weiteren Sinn überhaupt den vorhergehenden Generationen, aber auch in jedem einzelnen Moment unserer Existenz den für das Leben notwendigen natürlichen und gesellschaftlichen Bedingungen. Martin Heidegger sprach von der »Geworfenheit« des Menschen als konstitutivem Faktum, da sein zu müssen, eingebunden in einen vorgefundenen