



Claudia Bozzaro, Gesine Richter,
Christoph Rehmann-Sutter (Hg.)

ETHIK DES ASSISTIERTEN SUIZIDS

Autonomien, Vulnerabilitäten,
Ambivalenzen

[transcript]

BIOETHIK ■ MEDIZINETHIK

Claudia Bozzaro, Gesine Richter, Christoph Rehmann-Sutter (Hg.)
Ethik des assistierten Suizids

Claudia Bozzaro, geb. 1980, ist Professorin für Medizinethik und Co-Direktorin des Instituts für Experimentelle Medizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Sie studierte Philosophie und Kunstgeschichte in Freiburg und Paris und habilitierte sich anschließend an der medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Gesine Richter, geb. 1967, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Experimentelle Medizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Als studierte Politologin war sie nach dem Krieg auf dem Balkan an der Reorganisation der medizinischen Aus- und Fortbildung in Mazedonien, Kroatien, Serbien und dem Kosovo beteiligt. Ihre Forschung konzentriert sich auf Formen der Aufklärung und Einwilligung sowie auf datenreiche medizinische Forschung.

Christoph Rehmann-Sutter, geb. 1959, ist Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften an der Universität zu Lübeck und Titularprofessor für Philosophie an der Universität Basel. Von 2001 bis 2008 war er Präsident der Schweizerischen Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin.

Claudia Bozzaro, Gesine Richter, Christoph Rehmann-Sutter (Hg.)

Ethik des assistierten Suizids

Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen

[transcript]

Das diesem Sammelband zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Förderkennzeichen 01GP2180 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor*innen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnbb.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2024 im transcript Verlag, Bielefeld

© **Claudia Bozzaro, Gesine Richter, Christoph Rehmann-Sutter (Hg.)**

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Umschlagabbildung: Erwin Rehmann (1921 - 2020): Strahlenbündel. Lithographie o.D.

(verm. 1960); Copyright: Erbengemeinschaft Rehmann-Zumsteg

Lektorat: Dipl.-Päd. Bettina Liebler – Textwerk | Agentur + Lektorat Kiel

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

<https://doi.org/10.14361/9783839467923>

Print-ISBN: 978-3-8376-6792-9

PDF-ISBN: 978-3-8394-6792-3

Buchreihen-ISSN: 2702-8267

Buchreihen-eISSN: 2702-8275

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Einleitung9

Teil I: Der rechtliche Rahmen in der Schweiz, Deutschland und Österreich

Strafwürdigkeit des assistierten Suizids – brauchen wir eine gesetzliche Neuregelung des §217 StGB?

Eine Diskussion de lege ferenda unter Berücksichtigung des wegweisenden Urteils des Bundesverfassungsgerichts sowie der gesetzlichen (Neu-)Regelungen in Österreich und der Schweiz

Sabrina Risse-Steller 17

Beobachtungen zur Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich

Anna Kitta 29

Teil II: Berufsethische Fragen

»Ich möchte, dass du mir hilfst, Schluss zu machen.«

Buchbesprechung zu Emmanuèle Bernheim: *Alles ist gutgegangen*

Marc Keller und Anna Magdalena Elsner 41

»Frau Doktor, können Sie mir nicht was geben, dass es vorbei ist?«

Die Rolle der Hausärzt*innen bei Sterbewünschen

Luise Farr 47

Suizidhilfe durch Ärzt*innen – zwischen Dürfen, Können und Sollen

Beate Winkler 59

Seelsorgliche Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide

Die aktuelle Diskussion in der Schweiz

Sebastian Farr 73

Assistierter Suizid und die Pflege(n)den

Annette Riedel 85

»Die Schicksale haben mich geprägt«

Zwei Sterbebegleiterinnen berichten

Evelyne Moser und Susanna Schmid 107

Suizidassistenz und Palliativmedizin – zwei Geschwister auf Abstand

Ralf J. Jox 111

Teil III: Vulnerable Gruppen

»Einer, der ihnen die Finsternis bringt.«

Buchbesprechung zu Lukas Bärfuss: *Alices Reise in die Schweiz*

Christoph Rehmann-Sutter 127

Suizidhilfe bei psychisch Erkrankten – welche Kriterien entscheiden?

Eva Kowalinski und Christian G. Huber 131

Wann ist es Zeit zu gehen? Suizidwünsche im Kontext einer demenziellen Erkrankung

Daniel Lucas 145

Assistierter Suizid trotz Depression? Zum Recht auf assistierten Suizid psychisch erkrankter Menschen

Johanna Stolze 155

Teil IV: Normative Begriffe

»Die, die es zu Ende bringt.«

Buchbesprechung zu Michela Murgia: *Accabadora*

Claudia Bozzaro 173

Fürsorge und Autonomie als normative Grundlagen von assistiertem Suizid

Esther Braun 175

Graduelle Selbstbestimmung: Eine ethische Analyse im Kontext des assistierten Suizids

Mario Kropf 187

Der Bruch mit dem eigenen Leben: Autonomer Suizid und biographische (In-)Kohärenz	
<i>Hannah Mroczynski</i>	199

Der assistierte Suizid als sozialer Akt	
<i>Claudia Bozzaro</i>	213

Einsamkeit und assistierter Suizid im Alter	
<i>Gesine Richter</i>	223

Sinn und assistierte Selbsttötung	
Über einige Widersprüche liberaler Suizidethik und wie sie gelöst werden können	
<i>Roland Kipke</i>	233

Teil V: Ambivalenzen und Ambiguitäten

»Nicht lebensmüde, aber lebenssatt.«	
Buchbesprechung zu Ueli Oswald: <i>Ausgang. Das letzte Jahr mit meinem Vater</i>	
<i>Christoph Rehmann-Sutter</i>	259

Patientenmorde im Nationalsozialismus als Argument im Diskurs um (ärztlich) assistierten Suizid in Deutschland	
<i>Matthis Krischel</i>	263

Personenzentrierung und gemeinsame Entscheidungsfindung im Kontext des assistierten Suizids	
<i>Pola Hahlweg</i>	277

Was bedeuten Sterbewünsche?	
Überlegungen ausgehend von Simone de Beauvoirs Ethik der Ambiguität	
<i>Christoph Rehmann-Sutter</i>	289

Theologische Aspekte der Suizidhilfe	
<i>Frank Mathwig</i>	303

Ethik als Gerichtsprozess?	
Filmbesprechung zu Ferdinand von Schirach: <i>Gott</i>	
<i>Mario Kropf und Daniel Lucas</i>	317

Anhang

Autor*innenverzeichnis	323
-------------------------------------	-----

Einleitung

In den drei deutschsprachigen Ländern Österreich, Schweiz und Deutschland wird der assistierte Suizid gegenwärtig zu einem legalen und zunehmend gesellschaftlich akzeptierten Weg der Sterbehilfe. Dies spiegelt einen Wandel in den Einstellungen zum Tod und beim Stellenwert, der Selbstbestimmung im Rahmen der menschlichen Existenz zuerkannt wird. Die ethischen, juristischen und sozialen Herausforderungen für die beteiligten und betroffenen Personen und Berufsgruppen sind mannigfaltig. Sie sollen in diesem Band entfaltet und in ihrer Ambivalenz dargestellt werden. Es kommt darauf an, welche Rolle der assistierte Suizid in der sich wandelnden Sterbekultur spielen soll.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts am 26.02.2020, durch welches der 2015 eingeführte §217 StGB zum Verbot der sogenannten »geschäftsmäßigen« Beihilfe zum Suizid aus verfassungsrechtlichen Gründen aufgehoben wurde, ist in Deutschland eine neue Situation entstanden. Die Frage nach einer guten Ausgestaltung der Praxis des assistierten Suizids rückte damit in den Fokus der aktuellen gesellschaftlichen Debatte.

In Österreich gilt seit Januar 2021 das Sterbeverfügungsgesetz. Es sieht vor, dass kranke Menschen nach zwei ärztlich geführten Aufklärungsgesprächen und dem Einhalten von Bedenkzeiten in der Apotheke ein tödliches Medikament erhalten können. In der Schweiz hat sich schon seit den 1980er Jahren auf der Basis des Art. 115 StGB, der die Beihilfe zum Suizid nur strafbar macht, wenn sie aus eigennützigen Motiven erfolgt, eine Praxis der Suizidhilfe entwickelt, die wesentlich vorangetrieben wurde durch Vereine wie EXIT, EXIT A.D.M.D. Suisse Romande und Dignitas. Diese haben sich auch international als Sterbehilfeorganisationen einen Namen gemacht und leisten in wachsender Zahl auch Menschen aus anderen Ländern wie Frankreich, Italien oder dem Vereinigten Königreich, in denen restriktive Regelungen herrschen, Hilfe beim Sterben. Nach 2018 haben Diskussionen zu den medizinisch-ethischen Richtlinien zum guten Sterben der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zu einer Revision dieser Richtlinien geführt. In der Fassung von 2021 wurde klar formuliert, was vorher implizit war, dass nämlich Suizidhilfe bei gesunden Personen im Sinne dieser Richtlinien medizinisch nicht vertretbar ist. Es muss eine Krankheitsdiagnose mit infauster Prognose vorliegen und das Leiden für die betroffene Person unerträglich sein. Entsprechend wird die mögliche Beteiligung von Ärzt*innen an dieser Praxis des assistierten Sterbens geregelt.

Die ethische Debatte muss weit über die Frage hinausgehen, wie die Inanspruchnahme des Rechts auf assistierten Suizid konkret ermöglicht, im Recht geregelt und in der Praxis gelebt werden kann und soll. Es geht auch nicht nur um die Regelungen, d.h. nicht nur darum, welche Einschränkungen legitim oder notwendig sind. Ethische Herausforderungen des assistierten Suizids gibt es auf mindestens drei weiteren Ebenen: Erstens ist es nicht selbstverständlich, wie Menschen auf den Willen eines Anderen, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen, reagieren sollen. Wie weit reicht ihre Pflicht zur Prävention von Suiziden? Welche Haltung nimmt man zum Suizid grundsätzlich ein? Zweitens sind die helfende Person und das ermöglichende Umfeld ethischen Fragen ausgesetzt. Dürfen sie auch mit Blick auf ihr jeweiliges Berufsethos auf einen Wunsch nach Beihilfe zum Suizid eingehen? Oder erkennt die helfende Person für sich sogar, mindestens unter bestimmten Bedingungen, eine Pflicht zur Suizidassistenz? Drittens ist im Zusammenhang mit Regelungen das Entstehen einer »sozialen Praxis« des assistierten Sterbens wachsam und kritisch zu beobachten. Die Veränderung der Sterbekultur affiziert die Gesellschaften tiefgreifend. Unter welchen Umständen entstehen für vulnerable Personen implizite Erwartungen (oder Erwartungs-Erwartungen), ihr Leben, wenn es aus ihrer Sicht anderen zur Last fällt, selbstbestimmt zu beenden? Welche sozial-politischen Anstrengungen sind nötig, um zukünftige Herausforderungen einer alternden Gesellschaft so zu adressieren, dass Suizidwünsche nicht aus dem Mangel an guten Pflegemöglichkeiten, gesellschaftlicher Anerkennung und Integration entstehen?

In den drei Ländern werden gegenwärtig ganz ähnliche Fragestellungen diskutiert, beispielsweise die Frage nach der Beteiligung der Ärzteschaft bei der Assistenz zum Suizid, Fragen über die zu erfüllenden Kriterien für eine Zulassung zum assistierten Suizid, Fragen der Abgrenzung des assistierten Suizids von anderen Formen der Sterbebegleitung, wie beispielsweise dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und der Tötung auf Verlangen, sowie Fragen bezüglich staatlicher Schutzpflichten gegenüber individuellen Freiheitsrechten, ebenso wie bezüglich der Schutzrechte vulnerabler Personengruppen. Andere Auseinandersetzungen unterscheiden sich aber voneinander und spiegeln die unterschiedliche Geschichte und Rechtskultur in den drei Ländern wider.

Der vorliegende Sammelband ist aus einem fünftägigen Workshop im September 2022 in Kiel heraus entstanden. Nachwuchswissenschaftler*innen und Expert*innen verschiedener Fachrichtungen haben die vielschichtigen ethischen, sozialen und juristischen Aspekte dieser aktuellen Debatte beleuchtet. Der Workshop wurde als ELSA-Klausurwoche vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBWF) gefördert (Förderkennzeichen 01GP2180). Eingeladen an die Kieler Förde haben der Arbeitsbereich Medizinethik am Institut für Experimentelle Medizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und das Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck. Dieser Sammelband stützt sich auf die Vorträge und Diskussionen dieser Klausurwoche und der begleitenden öffentlichen Podiumsdiskussion.

Bei der Konzeption dieses Sammelbandes standen die Herausgeber*innen vor der Herausforderung, die Vielschichtigkeit von fachlichen, kulturellen, empirischen, emotionalen Aspekten des assistierten Suizids und der Frage nach Suizidassistenz abzubilden. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, unterschiedliche Textformen zu verwenden: Neben den Fachbeiträgen finden sich die Beiträge aus der Podiumsdiskussion sowie

die persönlichen Erfahrungsberichte der Teilnehmer*innen der Klausurwoche in kurzen Texten zur Hinleitung auf die einzelnen Kapitel des Buches. Daneben geben die Buch- und Filmbesprechungen einen Einblick in den kulturellen Zugang zu dieser Thematik.

Eröffnet wird der Band mit den Eingangsvoten der öffentlichen Podiumsdiskussion von Tatjana Hörnle vom Max-Planck-Institut zur Erforschung von Kriminalität, Sicherheit und Recht in Freiburg, Abteilung Strafrecht, und Honorarprofessorin an der Humboldt-Universität zu Berlin, sowie von Roland Kipke aus der Abteilung Philosophie an der Universität Bielefeld.

Ausgangspunkt des Buches sind die aktuellen Veränderungen des rechtlichen Rahmens in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich. Die Juristin Sabrina Risse-Steller aus Kiel geht in einer vergleichenden Analyse der rechtlichen Situation in den drei Ländern der Frage nach, ob es überhaupt einer gesetzlichen Neuregelung des assistierten Suizids bedarf. Die Ärztin Anna Kitta gibt einen Einblick in die praktischen Hürden bei der Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich. Als Palliativmedizinerin an der Medizinischen Universität Wien fokussiert sie auf die Haltung der Palliativmediziner*innen und die möglichen Gründe für die beobachtete Zurückhaltung dieser Fachgesellschaft bei der aktiven Einbeziehung ihrer Mitwirkung in diese Praxis.

Ihrem Resümee, die verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen verstärkt in die wiederholte Auseinandersetzung um den assistierten Suizid einzubinden, folgen die Beiträge des Kapitels »Berufsethische Fragen«. Luise Farr vom Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena betrachtet die besondere Rolle der Hausärzt*innen bei Sterbewünschen, denn sie sind oft die erste Anlaufstelle für hilfesuchende Personen. Aus ihren Untersuchungen der Sterbewünsche im hausärztlichen Patient*innenkontext leitet sie Implikationen und Desiderate für die Praxis im hausärztlichen Alltag ab. Die Hamburger Kinderonkologin Beate Winkler spitzt die Frage nach der ärztlichen Suizidassistenz, wie sie derzeit in den Gesetzesvorschlägen in Deutschland diskutiert wird, zu und fragt: »Dürfen, können und sollen Ärzt*innen beim Suizid helfen?« Die aktuelle Diskussion in der Schweiz um die seelsorgliche Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide skizziert der Schweizer Theologe Sebastian Farr und leitet aus den verschiedenen kirchlichen Stellungnahmen Impulse für die weitere Debatte ab, immer unter Maßgabe der Besonderheit der seelsorglichen Begleitung. Dabei hebt er die begleitende Funktion der Seelsorge in allen Lebenssituationen hervor.

Den Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen als Bestandteil des professionellen Auftrages Pflegender beleuchtet Annette Riedel, Professorin an der Hochschule Esslingen für die Lehrgebiete Pflegewissenschaft und Ethik in der Pflege und der Pflegebildung und seit 2020 Mitglied des Deutschen Ethikrates. Sie leitet aus der Darstellung des moralischen Belastungserlebens von Pflegefachpersonen die Bedeutsamkeit der vorausschauenden Prävention und notwendige Konsequenzen ab. Der Mediziner und Philosoph Ralf J. Jox von der Universität Lausanne widmet sich der Perspektive der Palliativmedizin auf die Suizidassistenz. Dabei geht er der langen Geschichte der Sterbehilfe und der Tradition der palliativen Behandlung und Sterbebegleitung nach und nimmt das Verhältnis zwischen Palliative Care und Suizidhilfe in den Blick. Dabei stellt er die wichtige berufsethische Frage: »Haben Palliative-Care-Fachkräfte vielleicht sogar eine berufsethische Verpflichtung, bestimmte Formen professioneller Hilfe beim assistierten Suizid anzubieten?« ins Zentrum. Einen Einblick in die Arbeit für eine Sterbehilfeorganisa-

tion geben Evelyne Moser und Susanna Schmid, die bei EXIT sterbewillige Menschen in den Tod begleiten.

Der Frage nach dem angemessenen Umgang mit Wünschen nach assistiertem Suizid innerhalb der vulnerablen Gruppe der psychisch Erkrankten nehmen sich die Beiträge von Eva Kowalinski, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, von Daniel Lucas aus der praktischen Philosophie an der ETH Zürich und der Medizinerin Johanna Stolze vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an. Sie betrachten die Frage mit Blick auf die Bedarfe psychisch Kranker, depressiver Menschen oder an Demenz leidender Menschen und thematisieren dabei eine Vielzahl von ethischen Aspekten und notwendigen Abwägungen. Deutlich wird dabei die Notwendigkeit der Klärung zentraler Begriffe wie der Freiverantwortlichkeit.

Die ethische Diskussion um Suizidassistenz kreist um die normativen Begriffe der Autonomie, der Selbstbestimmung, der Fürsorge, des Leidens wie auch des guten Lebens. Dabei schwingt der Aspekt der Einsamkeit als Unterton gerade im Bezug auf den Wunsch nach Sterbehilfe Hochaltriger unterschwellig mit. Die Debatte um den assistierten Suizid im Licht dieser normativen Aspekte beleuchtet die Medizinethikerin Esther Braun von der Ruhr-Universität Bochum mit Blick auf den Unterschied zwischen leidens- und autonomiebasierten Begründungen der Praxis des assistierten Suizids. Die Ärztin Hannah Mrozynski beleuchtet die vom deutschen Bundesverfassungsgericht für eine als autonom geltende Suizidentscheidung geforderten Kriterien der Ausrichtung am eigenen Selbstbild und der Dauerhaftigkeit des Entschlusses. Als eine mögliche Herangehensweise, sich diesen Kriterien anzunähern, wird die Untersuchung der biographisch-retrospektiven Kohärenz einer Suizidentscheidung vorgeschlagen.

Der Philosoph Mario Kropf von der Katholisch-Theologischen Fakultät an der Universität Graz lenkt den Blick darauf, was im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid als selbstbestimmter Entschluss verstanden werden kann, und kommt zu dem Schluss, dass nicht die von außen zugeschriebenen Wünsche und Vorstellungen eines guten Lebens entscheidend sind, sondern die Eruerung dessen, was sich die sterbewillige Person selbst von ihrem Leben und Sterben wünscht.

Die Kieler Medizinethikerin Claudia Bozzaro legt den Fokus auf den sozialen Charakter des assistierten Suizids und wirft die Frage nach den Motiven der Hilfeleistenden auf. Gesine Richter, Medizinethikerin an der Universität Kiel, greift die Thematik der Einsamkeit als Beweggrund gesunder hochaltriger Menschen für einen Suizid auf und betrachtet die Äußerungen und Wünsche aus der Perspektive der nach möglicher Assistenz angefragten Person. Der Philosoph Roland Kipke beschäftigt sich in seinem Beitrag mit der sozialen Sinndimension des assistierten Suizids.

Der Düsseldorfer Medizinhistoriker und -ethiker Matthis Krischel geht der Frage danach, welche Bedeutung die Patient*innenmorde im Nationalsozialismus als Argument in der aktuellen Debatte um (ärztlich) assistierten Suizid einnehmen. Die historische Erfahrung unterstreicht den Impetus, die Autonomie von Patient*innen und anderen Personen zu achten, ökonomischen Druck konsequent zu vermeiden und Ermöglichungsräume für Missbrauch etwa in Institutionen für hochaltrige Menschen oder Menschen mit Behinderung zu verhindern. In der Debatte um Suizidassistenz begegnen uns ethische und medizinische Konzepte in einem ungewohnten Licht, erscheinen doppeldeutig, werden mehrdeutig und mehrschichtig. Personenzentrierung und partizipative

Entscheidungsfindung, anerkannte Prinzipien der modernen personenzentrierten Gesundheitsversorgung, stellt die Psychotherapeutin Pola Hahlweg vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in den ungewohnten Kontext des assistierten Suizids. Sie diskutiert, wie sich aus der scheinbaren Ambivalenz von Personenzentrierung und partizipativer Entscheidungsfindung ein hilfreicher Handlungsrahmen auch für den assistierten Suizid ableiten lässt. Der Lübecker Philosoph und Medizinethiker Christoph Rehmann-Sutter argumentiert dafür, die Suizidkomponente in der sozialen Handlung des assistierten Suizids in ihrer existenziellen Vieldeutigkeit anzuerkennen. Er stützt sich dabei auf die Ethik der Ambiguität von Simone de Beauvoir. Die Mehrschichtigkeit und Mehrdeutigkeit von Leben und Sterben, von Trauer und Betrauerbarkeit aus theologischer Perspektive nimmt der Theologe und Philosoph Frank Mathwig an der Universität Bern in den Blick.

Wir hoffen, dass dieses Buch das persönliche Nachdenken zu diesem Thema anregt, das uns alle als Menschen betrifft. Es will die notwendige öffentliche ethische Debatte zum assistierten Suizid, aber auch zum Sterben und zum Tod generell fördern und dabei zu einem verstärkten Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern beitragen.

Kiel und Lübeck, im Oktober 2023

Claudia Bozzaro, Gesine Richter, Christoph Rehmann-Sutter

Teil I: Der rechtliche Rahmen in der Schweiz, Deutschland und Österreich

Aus den Eröffnungsvoten und Stellungnahmen aus der Podiumsdiskussion: Tatjana Hörnle und Roland Kipke; Frage aus der Podiumsdiskussion zur Abgrenzung des Sachverhalts des assistierten Suizids von dem Straftatbestand der Tötung auf Verlangen

Prof. Tatjana Hörnle

Max-Planck-Institut zur Erforschung von Kriminalität, Sicherheit und Recht in Freiburg, Abteilung Strafrecht, Honorarprofessorin an der Humboldt-Universität zu Berlin

Die Kernaussagen dieses Urteils sind richtig, das Bundesverfassungsgericht stellt klar heraus, dass zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht eines Menschen das Recht gehört, über den eigenen Tod zu entscheiden. Das Gericht hat dabei das Recht auf selbstbestimmtes Sterben abgewogen gegenüber Argumenten, warum man eventuell dieses Recht einschränken könnte, und kam zu dem Ergebnis: Das bisherige Gesetz ist verfassungswidrig, da es eine zu starke Einschränkung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben bedeutete.

Dr. Roland Kipke

Abteilung Philosophie, Universität Bielefeld

Das Urteil hat problematische Seiten. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist natürlich wichtig, aber das Urteil geht weit darüber hinaus. Ich sehe vier Aspekte, die es zu hinterfragen gilt: Zum einen wird die Menschenwürde allein auf Autonomie reduziert. Das wird dem Menschenwürdeprinzip, das in unserer Verfassung an vorderster Stelle steht, nicht gerecht. Des Weiteren wird der Suizid in diesem Urteil als Inbegriff der persönlichen Autonomie verstanden. Das ist ein merkwürdig einseitiges Verständnis von Autonomie, das zudem die Instabilität des Sterbewillens bei vielen Betroffenen tendenziell ausblendet. Drittens wird in dem Urteil das Recht auf Suizid, das an sich völlig richtig ist, mit einem Quasi-Recht auf Suizidhilfe gleichgesetzt. Nicht im Sinne eines expliziten Anspruchs, aber im Sinne eines Rechts auf einen möglichst leichten Zugang dazu. Und viertens sehe ich in dem Urteil eine Tendenz zur Normalisierung einer Suizidassistenz. Wir sollten uns nicht daran gewöhnen. Es sollte nichts Normales sein, dass Menschen sich selbst töten. Damit wird das Weiterleben begründungsbedürftig, und das ist hochproblematisch.

Strafwürdigkeit des assistierten Suizids – brauchen wir eine gesetzliche Neuregelung des §217 StGB?

Eine Diskussion de lege ferenda unter Berücksichtigung des wegweisenden Urteils des Bundesverfassungsgerichts sowie der gesetzlichen (Neu-)Regelungen in Österreich und der Schweiz

Sabrina Risse-Steller

1. Ausgangslage

Bis zur Einführung des §217 in das Strafgesetzbuch¹ und nun wieder nach der höchst-richterlichen Feststellung seiner Verfassungswidrigkeit folgt das geltende Strafrecht einer Zweiteilung: der Straffreiheit der freiverantwortlichen Selbsttötung und hierzu erbrachter Beihilfehandlungen einerseits und der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen im Sinne des §216 andererseits. §217 durchbrach diese Zweiteilung, indem erstmals eine bestimmte Form einer Beihilfehandlung zu einer Haupttat, dem Suizid, unter Strafe gestellt wurde, und zwar unabhängig von der Durchführung des mit der Beihilfehandlung geförderten Suizids. Der Suizid selbst stellte seinerseits kein strafbares Unrecht dar. Dieser konnte zeitlich sehr weit entfernt liegen oder musste nicht einmal unternommen worden sein.² Im Gegensatz dazu war es für die Strafbarkeit der*des Helfenden ausreichend, dass diese*r in geschäftsmäßiger Absicht die Selbsttötung einer*eines anderen durch Gewähren, Verschaffen und Vermitteln einer Gelegenheit konkret verbessert hat. Nach dem Willen des Gesetzgebers handelte die*der Helfende bereits geschäftsmäßig, wenn sie*er »die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht, unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht und unabhängig von einem Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen und beruflichen Tätigkeit«³. Grundsätzlich sollte ein erstmaliges und vor allem einmaliges Angebot für die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals der Geschäftsmäßigkeit nicht ausreichen,

1 Alle weiteren §§ ohne Angabe sind solche des Strafgesetzbuches (StGB).

2 BT-Drucks. 18/5373, S. 19.

3 BT-Drucks.18/5373, S. 17.

andere aber, wenn »das erstmalige Angebot den Beginn einer auf Fortsetzung angelegten Tätigkeit darstellt«, was so viel heißen sollte, dass die*derjenige, der*dem bei der ersten Hilfeleistung klar war, dass sie*er diese Hilfe unter gleichen Bedingungen auch einer anderen Person zuteil lassen würde, sich nach §217 StGB strafbar gemacht hatte.⁴ Dies führte dazu, dass es potenziellen Sterbehelfer*innen faktisch unmöglich gemacht wurde, Sterbewilligen bei ihrem Suizidwunsch zu unterstützen, ohne sich einer Strafbarkeit nach §217 StGB oder für die Sterbehilfevereine einer Bußgeldsanktion nach §30 Abs. 1 Nr. 1 OWiG auszusetzen. Wenn auch das legislative Verständnis des Merkmals der Geschäftsmäßigkeit, mit welchem die Strafbarkeit Helfender stehen und fallen sollte, am meisten zu Unmut in der Jurisprudenz geführt hatte, so waren der Norm weitere mannigfaltige erhebliche Kritikpunkte immanent. Diese reichten vom fehlenden Rechtsgüterschutz bis hin zur mangelnden verfassungsrechtlichen Bestimmtheit im Sinne des Art. 103 Abs. 2 GG. Nicht überraschend war es daher, dass das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 §217 aufgrund zahlreicher Verfassungsverstöße für nichtig erklärt hat.⁵ Laut dem Bundesverfassungsgericht verletzt §217 in nicht angemessener Weise das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) von zur Selbsttötung entschlossenen Menschen in seiner Ausprägung als Recht auf selbstbestimmtes Sterben.⁶ Das verfassungsrechtlich geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht eines jeden Menschen umfasse auch sein Recht, sein Leben und das eigene Lebensende nach den eigenen höchstpersönlichen, moralischen Wertvorstellungen und Überzeugungen gestalten zu können.⁷ Die ausdrückliche Anerkennung eines Rechts auf selbstbestimmtes Sterben, welches die Freiheit zur Selbsttötung als Akt autonomer Willensausübung einschließt, beinhaltet auch die Hilfe Dritter zur Selbsttötung.⁸ Sofern sich die*der Einzelne dazu entscheide, der eigenen Existenz entsprechend den eigenen Wertvorstellungen und nach reiflicher Überlegung ein Ende zu setzen, sei dies vom Staat und von der Gesellschaft zu respektieren. Die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß §217 habe jedoch zur Folge, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in bestimmten Konstellationen faktisch weitgehend entleert werde.⁹ Die herausragende Rolle des Rechts auf Selbsttötung zeige sich auch in der engen Verbundenheit zur Würde des Menschen gemäß Art. 1 Abs. 1 GG. Der soziale Wert- und Achtungsanspruch der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG stehe dem Menschen bereits aufgrund des Menschseins zu, wozu gehöre, dass jeder seine persönliche »Individualität, Identität und Integrität« durch autonome Entscheidungen, die sein eigenes Lebensende betreffen, wahrnehmen könne.¹⁰ Suizidwillige müsse daher weder die eigenverantwortliche und freie Entscheidung zur Selbsttötung begründen, noch sich für sie rechtfertigen.¹¹ Das Bundesverfassungsgericht betont,

4 Vorausgesetzt, die*der Hilfeleistende hatte auch alle anderen Tatbestandsmerkmale der Norm erfüllt.

5 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343.

6 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 202.

7 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 209.

8 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 209, 277 f, 331.

9 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 264.

10 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 206.

11 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 210.

dass die Menschenwürde der Grund für die personale Selbstbestimmung sei, zu der auch das Recht auf Selbsttötung zähle, und gerade nicht deren Grenze.¹² Dieser könne sich der Mensch auch nicht durch die Selbsttötung berauben.¹³ §217 StGB wurde vom Gesetzgeber bewusst als abstraktes Gefährdungsdelikt ausgestaltet, um die Autonomie und das Leben des Menschen vor Beeinflussung durch Menschen mit »spezifischen Eigeninteressen« zu schützen. Ein abstraktes Gefährdungsdelikt inkriminiert typischerweise Handlungen, die vom Gesetzgeber als generell gefährlich bewertet wurden und von der Durchführung des Suizides unabhängig sind. Diese Ausgestaltung sah das Bundesverfassungsgericht als nicht mehr mit der Selbstbestimmung des Menschen vereinbar an.¹⁴ Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung genügt den Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nicht. Der Gesetzgeber hat in §217 zwar eine bestimmte Form, die der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe, unter Strafe gestellt, die Normfassung ist jedoch missglückt, da sie durch ihre viel zu weit geratene Tatbestandsfassung und die Ausgestaltung als abstraktes Gefährdungsdelikt Sterbewilligen keine zumindest gleich geeigneten Möglichkeiten zur schmerzarmen Selbsttötung belassen habe. Die ärztliche Suizidbeihilfe ist aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts gerade keine reale alternative Handlungsoption, da sich aus dem Recht auf Selbsttötung kein Anspruch auf Gewährung von Suizidhilfe anderer Menschen ableite.¹⁵ Zudem dürfe der Staat die Sterbewilligen auch nicht auf Sterbehilfeangebote aus dem Ausland verweisen.¹⁶ Der Schutz durch die Grundrechte müsse gerade innerstaatlich gewährleistet werden. Schließlich entziehe sich §217 auch jeder verfassungskonformen Auslegung. Alle diesbezüglich vertretenen Ansätze widersprächen der zulässigen Intention des Gesetzgebers.¹⁷

Dieses klare Statement des Bundesverfassungsgerichts ist bei den Überlegungen zur Strafbarkeit der Suizidassistenz zu beachten, was die Fragestellung aufwirft, ob eine entsprechende Strafbarkeit *de lege ferenda* zu statuieren ist. Wird diese Frage bejaht, dann ist im nächsten Schritt zu klären, was bei der Ausgestaltung einer Norm beachtet werden sollte.

2. Die Strafwürdigkeit der Suizidassistenz

Nach der gegenwärtigen liberalen gesetzlichen Regelungslage ist die vom Bundesverfassungsgericht kritisierte nicht geregelte Freitodhilfe durch organisierte Vereine wieder legal und ohne Einhaltung weiterer Voraussetzungen durchführbar. Es stellt sich daher die Frage, ob der assistierte Suizid eine strafwürdige Handlung ist. Die Richter*innen des Bundesverfassungsgerichts haben dem Gesetzgeber zum Schutz der freiverantwortlichen Willensbestimmung der Suizident*innen zwar den Weg in das Strafrecht

12 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 211.

13 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 211.

14 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 214ff.

15 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 281 ff; 289f.

16 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 300.

17 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 334ff., m.w.N.

nicht verschlossen, ihm jedoch klare Voraussetzungen an die Hand gegeben, die bei erneuter Kriminalisierung zu beachten sind. Das geltende Strafrecht sanktioniert weder den Suizid noch die Teilnahme hieran, sofern die Selbsttötung ernstlich und freiverantwortlich vorgenommen worden ist. Liegt eine manipulative Beeinflussung des Willens der* des Suizident*in vor, so greifen de lege lata die Fremdtötungsdelikte in Form eines Totschlags in mittelbarer Täterschaft ein. Dieses Straftatsystem hat seit der Einführung des Strafgesetzbuches im Jahr 1871 ohne großes Aufsehen funktioniert, so dass berechtigterweise die Frage aufkommt, ob die Assistenz zu einem freiverantwortlich vollzogenen Suizid überhaupt ein strafwürdiges Verhalten darstellt. Der Konflikt tritt umso deutlicher hervor, wenn man einen Vergleich zum Verhaltensunrecht anderer Strafrechtstatbestände wagt. Insgesamt wird deutlich, dass nicht jede Rechtsgutsverletzung mit Strafe belegt ist und auch nicht sein kann, sondern ein gewisser Schweregrad eines Verhaltensunrechts vorhanden sein muss, damit eine Bewertung eines Verhaltens als strafrechtsrelevant erfolgen kann (vgl. Altpeter 1990: 2 m.w.N.). Dieser Gedanke der legislativen Kriminalisierungsentscheidung wird in der Jurisprudenz unter dem Aspekt der Strafwürdigkeit eines Verhaltens diskutiert.

2.1 Der Begriff der Strafwürdigkeit in der Strafrechtsdogmatik

In der Strafrechtsdogmatik besteht schon keine Einigkeit darüber, was sich hinter dem Begriff der »Strafwürdigkeit« eines Verhaltens verbirgt und wo dieser im Strafrechtsgefüge zu verorten ist. Konsens besteht nur dahingehend, dass unserem Straftatsystem der Begriff der Strafwürdigkeit immanent und dieser mit der Pönalisierung einer Rechtsgutsverletzung unabdingbar verbunden ist. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt als Prämisse aufgestellt, dass grundsätzlich ein Verhalten vom Gesetzgeber zu kriminalisieren ist, welches »in besonderer Weise sozialschädlich und für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglich, seine Verhinderung daher besonders dringlich«¹⁸ sei. Das Bundesverfassungsgericht hat sich damit selbst vom Rechtsgutsbegriff der strafrechtlichen Wissenschaft gelöst (vgl. Altpeter 1990: 2 m.w.N.). Das Strafrecht folgt dem Ultima-Ratio-Prinzip und sanktioniert grundsätzlich Verhaltensweisen, die typischerweise eindeutig sozialschädlich und strafwürdig wie der Totschlag oder die Körperverletzung sind, so dass der Einsatz des Strafrechts als letztes Mittel nachvollziehbar erscheint. Ganz so eindeutig verhält es sich in einer pluralistischen Gesellschaft hinsichtlich der moralethischen Bewertung der Suizidassistenz nicht, da der Suizid und auch die altruistisch hierzu geleistete Hilfe nicht generell als in besonderer Weise sozialschädlich und damit strafwürdig gilt. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil sich der Suizid als rechtmäßige Grundrechtsausübung darstellt. Wieso sollte dann die Beihilfe zu einem freiverantwortlichen Suizid von der Rechtsordnung missbilligt sein? Es gilt daher in gebotener Kürze zu eruieren, ob und wie der vage, normative und unbestimmte Begriff der Strafwürdigkeit anhand weiterer Merkmale konkretisiert und so dessen Verwendung festgelegt werden kann (vgl. Altpeter 1990: 16f.). Abschließend sollen die

18 BVerfGE 90, 145 (172); 92, 277 (326); 96, 10 (25).

gewonnenen Erkenntnisse auf eine eventuelle strafbegründende Kriminalisierung der Suizidassistenz angewendet werden.¹⁹

2.2 Definition der Strafwürdigkeit

Beim Studium der in der Strafrechtswissenschaft vertretenen Ansätze zur Definition der Strafwürdigkeit fällt ein weiterer Begriff ins Auge, und zwar der der Strafbedürftigkeit, also die Zwecktauglichkeit der staatlichen Strafe (vgl. Altpeter 1990: 37). Die beiden Begriffe werden teils synonym, teils differenziert in der strafrechtlichen Dogmatik verwendet (vgl. ebd.: 26ff.). Die Strafbedürftigkeit soll dabei die Verhältnismäßigkeit des Einsatzes der Strafe unter Abwägung alternativer, gegebenenfalls weniger einschneidender Mittel beurteilen (vgl. Deckert 2013: 266; 267f.). In der im Verfassungsrecht verankerten Verhältnismäßigkeitsprüfung wird dies unter dem Punkt der Erforderlichkeit des eingesetzten Mittels zur Erreichung eines legitimen Zwecks diskutiert. Da diese Differenzierung für die hiesige Bearbeitung ohne Bedeutung ist, wird zur Vertiefung des Disputs um die sprachliche Differenzierung der Begriffe auf andere Werke verwiesen (vgl. Altpeter 1990: 26ff.; vgl. Deckert 2013: 266ff.). Laut Deckert (2013: 266ff.) besteht zumindest dahingehend Einigkeit, dass die Strafwürdigkeit ausschlaggebend für die Kriminalisierungsentscheidung des Gesetzgebers ist. Für die Definition der Strafwürdigkeit hat Altpeter (1990: 26ff.; 37) herausgestellt, dass drei Aspekte prägend sind, und zwar die Strafe als Einsatzmittel, das zu schützende Rechtsgut und die Sozialschädlichkeit des zu bestrafenden Verhaltens. Der Einsatz der Strafe als Rechtsfolge für die Begehung einer Straftat enthält laut Altpeter ein sozialetisches Unwerturteil, welches der*dem Täter*in ein Odium des verdienten Übels auferlege (vgl. ebd.: 29f.). Dieses Übel präge die*den Täter*in in der Regel ein Leben lang, so dass der Souverän zur Wahrung des Rechtsstaatsprinzips gerade nicht jede Rechtsgutsverletzung oder jedes Verhaltensunrecht mit einer Strafe belegen könne. Vielmehr müsse es ein »qualifiziertes, höheres Unrecht« sein (vgl. ebd.). Damit eng verknüpft ist die Rechtsgutsverletzung, die ebenfalls einen gewissen Schweregrad erreicht haben müsse. Unser Straftatsystem orientiert sich vornehmlich am zu schützenden Rechtsgut, welches durch die strafbare Handlung der*des Täterin*Täters beeinträchtigt wird (vgl. Roxin 2006: AT I, §2 Rn. 2ff.). Der Gesetzgeber bezweckt mit einer Strafbewehrung zentral den Schutz mindestens eines bestimmten Rechtsguts. Das Bundesverfassungsgericht hält selbst eine konsensfähige Definition des Rechtsgutsbegriffs für schwierig; Roxin versteht unter Rechtsgütern »alle Gegebenheiten oder Zwecksetzungen [...] die für die freie Entfaltung des Einzelnen, die Verwirklichung seiner Grundrechte und das Funktionieren eines auf dieser Zielvorstellung aufbauenden staatlichen Systems notwendig sind«²⁰ (vgl. Roxin 2006: AT I, §2 C Rn. 7; vgl. Nakamichi 2006: 324f.; vgl. Deckert 2013: 1). Das Bundesverfassungsgericht

19 Es kann in diesem Rahmen keine abschöpfende Abhandlung der verschiedenen Verwendungsmodele vorgenommen werden. Eine ausführliche Darstellung der Verwendungsansätze findet sich bei Altpeter, Strafwürdigkeit und Straftatsystem. Da sie für die hiesige Diskussion irrelevant sind, beschränkt sich die Darstellung auf die Rolle der Strafwürdigkeit eines Verhaltens bei der strafrechtlichen Normgenese.

20 BVerfGE 120, 224ff.;

führt zum legitimen Schutzzweck im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung aus, dass der vom Gesetzgeber im Rahmen seiner Einschätzungsprärogative für notwendig erachtete Schutz der Selbstbestimmung und des Lebens der Suizidwilligen eine tragfähige Grundlage für die Inkriminierung der geschäftsmäßigen Sterbehilfe war,²¹ so dass weitere Diskussionsbemühungen obsolet sind. Es bleibt schließlich die Sozialschädlichkeit eines Verhaltens als Kriterium zur sprachlichen Bestimmung der Strafwürdigkeit, welches auch das Bundesverfassungsgericht in den Vordergrund stellt. Die Feststellung, welches Verhalten in einer pluralistischen Gesellschaft schlechterdings sozialschädlich und »für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglich«²² ist, ist nicht leicht zu treffen. Um den Begriff etwas greifbarer zu machen, wird in der strafrechtlichen Literatur Bezug auf die Grundrechte in ihrer Funktion als objektive Werteordnung genommen (vgl. Altpeter 1990: 33f.; vgl. Sax 1959: 909ff.). Diese bilden den äußeren Begrenzungsrahmen für die gesetzgeberische Feststellung der Sozialschädlichkeit eines Verhaltens (vgl. Nakamichi 2006: Fn. 33). Hieraus hat sich folgende Maßregel entwickelt, die auch im Rahmen der Diskussion zur Strafwürdigkeit der Suizidassistenten nutzbar gemacht werden kann: »Je höher der Rang einer geschützten Rechtsposition im Grundgesetz eingestuft ist, desto niedriger ist die Schwelle der Strafwürdigkeit seiner Verletzung, desto eher wird jede Gefährdung oder Beeinträchtigung dieses Rechtsgutes strafwürdig erscheinen.« (Altpeter 1990: 33f.) Jede Strafe ist umgekehrt auch ein Eingriff in die Grundrechte der Täter, welcher sich am Prinzip der Verhältnismäßigkeit messen lassen muss. Der Einsatz des Strafrechts ist folglich nur dann legitim, wenn der Rechtsgüterschutz dies gebietet (vgl. Altpeter 1990: 82). Unter Berücksichtigung dieser drei Aspekte hat Altpeter eine greifbare Definition der Strafwürdigkeit entwickelt, mit der sich arbeiten lässt: »Strafwürdig ist ein Verhalten, dessen Unwertgehalt so gravierend ist, dass eine Reaktion mit der Strafe als stärkstem Mittel staatlicher Reaktion hierzu proportional erscheint und geeignet sowie erforderlich ist, um vor derartigen Rechtsgutsverletzungen zu schützen und die Rechtsordnung zu bewahren.« (Altpeter 1990: 46f.) Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es dem Gesetzgeber im Rahmen seiner Einschätzungsprärogative unter Wahrung der verfassungsrechtlichen Prinzipien obliegt, ein Verhalten als strafwürdig und bestrafenswert zu beurteilen.

2.3 Strafbarkeit der Suizidassistenten – Ausblick de lege ferenda

Die Diskussion um legislative Regelungsvorschläge zur Strafbarkeit und damit auch zur Strafwürdigkeit der Suizidassistenten ist in Deutschland bereits seit vielen Jahren virulent. Keinesfalls war die Diskussion durch die Statuierung von §217 gänzlich beendet. Nun wurde sie durch das Verdikt der Verfassungswidrigkeit von §217 wieder stark entfacht. Die vielfach angebrachte Kritik zur Kriminalisierung der Suizidassistenten hat auch heute noch Bestand und sollte ebenso wie die Wertungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts bei einer Neuregelung berücksichtigt werden. Die Strafwürdigkeit ist damit Teil des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und dient somit bei der Normgenese als Voraussetzung für die Pönalisierung eines Verhaltens, dessen

21 BVerfGE 120, 909ff.

22 BVerfGE 96, 10 (25); 88, 203 (258).

Unwertgehalt so weit gesteigert ist, dass es die Belegung mit einer Strafe zum Schutz der Gemeinschaftsordnung verdient hat (vgl. Sax 1959: 909ff.). Die legislative Einschätzungsprerogative des Gesetzgebers, die es ihm erlaubt, Rechtsgüter mit einer Strafabwehrung zu schützen, muss als existent anerkannt werden, auch wenn die Gefahreinschätzung des Gesetzgebers in Bezug auf §217 bereits im Gesetzgebungsverfahren zu viel Unmut geführt hat, da es ihr insbesondere an einer empirischen Basis mangelte (vgl. Steller 2018: 91ff. m.w.N.). Die Konstruktion des §217, wonach auch die erste Suizidbeihilfe strafwürdig war, wenn sie mit der subjektiven Absicht der Wiederholung begangen wurde, wirkte sehr artifiziell. Aus Nullunrecht konnte auch nicht durch die bloße Wiederholung Unrecht werden. Dem Gesetzgeber ging es vielmehr um ein Verbot der Sterbehilfevereine (vgl. Steller 2018: 88ff.; 91ff. m.w.N.). Dieser gesetzgeberischen Intention hat das Bundesverfassungsgericht jedoch für die Zukunft eine klare Absage erteilt. Das Bundesverfassungsgericht sieht in der Tätigkeit der Sterbehilfevereine vielmehr das Potenzial, dass sie einen erheblichen Beitrag zur Suizidprävention leisten können.²³ Kernpunkt der legislativen Diskussion ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Die Hocharrangigkeit dieses verfassungsmäßigen Rechts auf selbstbestimmtes Sterben lässt sich nur schwer mit einer Strafandrohung in Einklang bringen. Dies hat nicht zuletzt auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts gezeigt. Der voll einsichtsfähige Mensch ist grundsätzlich in der Lage, seine Entscheidungen, auch die zur Selbsttötung, freiverantwortlich und bilanziert nach eigenen Wertvorstellungen zu treffen. Dies zu respektieren ist die dem Gesetzgeber zuvörderst obliegende Pflicht. Hierzu gehört aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts auch, dass Sterbewillige freiwillig angebotene Hilfe zur Umsetzung ihres Suizidwunsches in Anspruch nehmen dürfen.²⁴ Dies vor allem auch deshalb, damit Suizidwillige nicht gehalten sind, brutale Methoden wie Erhängen oder Ersticken zur Selbsttötung wählen zu müssen, die zudem noch zu einer Traumatisierung außenstehender Dritter führen könnten (vgl. Hilgendorf/Rosenau 2015). Dennoch geschieht eine Vielzahl an Suiziden in Deutschland nicht aus einer für Dritte nachvollziehbaren, bilanzierten Situation heraus, sondern aufgrund einer psychischen Erkrankung. Der Schutz vor fremdbeeinflussten, übereilten Suizidentschlüssen ist als legitimer Schutzzweck aufgrund der hohen verfassungsrechtlichen Stellung des Grundrechts auf Leben anerkannt. Das Bundesverfassungsgericht argumentiert daher auch plausibel, dass der Gesetzgeber berechtigt und verpflichtet sei, Regelungen zur Wahrung des staatlichen Schutzkonzepts für gefährdete Personengruppen zu statuieren.²⁵ Aus der verfassungsrechtlichen Stellung folgt jedoch keine Absolutheit des Lebensschutzes. Die* der Einzelne hat ausdrücklich keinen Anspruch auf staatliche Unterstützung bei der Umsetzung ihres*seines Suizidwunsches. Dennoch sollten Suizidwillige freiwillig angebotene, professionelle Hilfe annehmen dürfen, ohne dass sich Helfende dem Risiko einer Strafbarkeit aussetzen. Allerdings sollte es zum Schutz des Lebens Einzelner, der Gemeinschaft und zur Bewahrung der Würde Suizidwilliger die paternalistische Aufgabe des Staates sein, sich schützend an die Seite Suizidwilliger zu stellen, sie in der

23 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 284f., 338ff.

24 BVerfGE 120, 203, 209ff.

25 BVerfGE 120: 338ff.

für sie gewiss schwierigen Entscheidung zu begleiten und Auswege sowie Handlungsalternativen durch eine offene Gesprächsbereitschaft versierter und erfahrener Personen zum richtigen Zeitpunkt anzubieten. Wie auch das Bundesverfassungsgericht betont, ist es für die Selbstbestimmung der Bürger*innen von enormer Bedeutung, assistierten Suizid als letzte Hilfe erhalten zu können. Es ist vornehmlich der psychische Effekt: »Ich könnte, wenn ich wollte«, der eine Rolle spielt. Eine Strafvorschrift, die offenkundig darauf abzielte, die Tätigkeit von spezialisierten Vereinigungen zu beschneiden, sollte nicht dazu führen, dass suizidwilligen Menschen keine professionelle Suizidhilfe angeboten werden kann, wenn diese sie freiverantwortlich und wohlüberlegt fordern. Dies spräche dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben der Suizident*innen Hohn.

Rekurrierend auf die unabdingbare Voraussetzung einer gesetzgeberischen Kriminalisierungsentscheidung lässt sich aus den Überlegungen zur Inkriminierung des §217 schlussfolgern, dass der Gesetzgeber im Einklang mit dem Bundesverfassungsgericht grundsätzlich weder den Suizid, noch die hierzu altruistisch und professionell geleistete Hilfe als strafwürdig ansieht.

3. Mögliche Neuregelung de lege ferenda zum assistierten Suizid

Soll der Staat das Sterben durch Unterstützungshandlungen (professioneller) Sterbehelfer*innen verbieten? Nach dem Urteilsspruch des Bundesverfassungsgerichts ist klar: Eine Regulierung der Suizidassistenz hat sich auf den Schutz der Selbstbestimmung als Ausdruck eines weichen legislativen Paternalismus zu beschränken, um einerseits Suizidwillige vor Missbrauch zu schützen und andererseits die Ernsthaftigkeit und Freiverantwortlichkeit abzusichern, da die Suizidbeihilfe grundsätzlich kein strafwürdiges Verhalten ist. Die Richter*innen betonten nachdrücklich, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht an materielle Kriterien wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände gebunden werden dürfe oder auf bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt werden könne.²⁶ Der Zugang zur freiwillig geleisteten Suizidbeihilfe müsse grundsätzlich jedem Menschen zustehen, der eine gewisse Altersgrenze und Einsichtsfähigkeit hinsichtlich der Tragweite dieser irreversiblen letalen Entscheidung erreicht habe. Minderjährige benötigen einen besonderen Schutz, so dass aufgrund der Irreversibilität der Suizidentscheidung einem Sterbewunsch in der fragilen Phase der Adoleszenz nicht nachgekommen werden sollte. Daher sollte auf einer vorgelagerten Ebene geprüft werden, ob der Wunsch nach Suizidbeihilfe nachvollziehbar und freiverantwortlich ist. Hierzu gehört auch, gemeinsam mit der*dem Betroffenen nach Lösungen und Alternativen zu suchen, da sich in diversen Untersuchungen gezeigt hat, dass der Sterbewunsch am Lebensende stark volatil ist und Suizidwillige mitunter nach einiger Überlegungszeit von ihrem Wunsch zu sterben wieder Abstand genommen haben (vgl. Taupitz/Tolmein 2017: 75ff.) – oft und vor allem auch dann, wenn die Lebensumstände der*des Suizidwilligen durch palliativmedizinische, pflegerische und psychologische Betreuungsmaßnahmen verbessert wurden (vgl. ebd.: Fn. 46; 75ff.). Nicht nur in der juristischen Literatur werden als gemeinsamer

26 BVerfGE 120, 210, 340.

Nenner bei aller Unterschiedlichkeit des Schutzkonzepts im Übrigen zur Absicherung der Freiverantwortlichkeit prozedurale Regelungen vorgeschlagen.

4. Gesetzliche Regelung der Suizidassistenz in Österreich und der Schweiz

In Österreich ist jüngst das Sterbeverfügungsgesetz in Kraft getreten, während die Schweiz schon seit mehreren Jahrzehnten die Suizidhilfe legalisiert hat. Daher erfolgt nachfolgend ein kurzer Einblick in die Rechtslage in Österreich und in der Schweiz mit den jeweils unterschiedlichen gesetzlichen Ausgestaltungen der Suizidassistenz, welcher die hiesige Diskussion um die Statuierung eines legislativen Schutzkonzeptes zur Suizidassistenz bereichern und neue Perspektiven einbringen kann.

4.1 Österreich

Erst seit dem 01.01.2022 ist in Österreich positivrechtlich im Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) festgeschrieben, welche rechtlichen Rahmenbedingungen für den legalen assistierten Suizid gelten (vgl. BMSGPK 2023). Laut der Gesetzesbegründung soll das im Gesetz festgelegte Prozedere einen gesicherten Rahmen für die Inanspruchnahme von Suizidassistenz bieten und dient damit zur »Sicherstellung und Dokumentation des dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung« (Halnich 2022: 11; 17). Ferner müssen sich auch hilfeleistende Dritte durch Einhaltung der materiellen Kriterien darauf verlassen können, dass der unterstützte Sterbewunsch ernsthaft und freiverantwortlich gefasst wurde (vgl. ebd.: 17). Flankiert werden die zivilrechtlichen prozeduralen Kriterien durch Begleitmaßnahmen wie ein Werbeverbot (§12 StVfG) und ein Verbot wirtschaftlicher Vorteile, deren Verletzung gemäß §13 StVfG zu einer Verwaltungsübertretung führt, die mit einer Geldbuße belegt werden kann. In Österreich sind wie in Deutschland auch der Mord (§75 StGB), der Totschlag (§76 StGB) und die Tötung auf Verlangen (§77 StVfG) pönalisiert. Darüber hinaus ist allerdings abweichend zur deutschen Regelung die Mitwirkung an der Selbsttötung in §78 Abs.1 StGB für die*den Sterbehelfer*in sanktioniert, die*der »eine Person dazu verleitet, sich selbst zu töten«. Des Weiteren macht sich gemäß §78 Abs. 2 strafbar, wer aus einem verwerflichen Beweggrund einer* einem Minderjährigen oder einer Person, die nicht an einer in §6 StVfG beschriebenen Krankheit leidet oder die nicht ordnungsgemäß im Sinne des §7 StVfG aufgeklärt worden ist, bei der Selbsttötung physisch Hilfe leistet. Wer in Österreich eine freiwillig angebotene assistierte Suizidhilfe durch Einnahme eines letal wirkenden Präparates in Anspruch nehmen möchte, muss eine Sterbeverfügung im Sinne des §1 StVfG errichten. Die Errichtung einer Sterbeverfügung ist jedoch an differente materiell-rechtliche Kriterien gebunden. Zunächst ist sie nur für Personen zulässig, die an einer in §6 Abs. 3 StVfG normierten Krankheit leiden, aus der ein für sie unerträglicher Leidenszustand resultiert. Assistierten Suizid kann ferner nur erlangen, wer gemäß §6 Abs. 1, Abs. 2 StVfG zum Zeitpunkt der Errichtung der Sterbeverfügung und vor allem auch noch im Zeitpunkt der Durchführung des assistierten Suizides voll entscheidungsfähig ist. Der österreichische Gesetzgeber hat bewusst in Kauf genommen, dass Personen, die an einer die kognitiven Fähigkeiten einschränkenden

Erkrankung wie beispielsweise Demenz leiden, keine assistierte Suizidhilfe erhalten können (vgl. ebd.: 13f.; 39). Gleiches gilt für Personen, die die Tatherrschaft über den zum Tode führenden letzten Akt nicht mehr selbst ausüben können, weil sie beispielsweise körperlich an der Einnahme des zur Selbsttötung eingesetzten Barbiturats gehindert sind. In formeller Hinsicht müssen Sterbewillige gemäß §7 StVfG zwingend vor Errichtung der Sterbeverfügung durch zwei ärztliche Personen mit palliativmedizinischer Qualifikation aufgeklärt werden, welche sodann beurteilen, ob die*der Sterbewillige entscheidungsfähig ist und zudem einen freien, selbstbestimmten Entschluss zur Selbsttötung gefasst hat. Erst nach Ablauf der in §8 StVfG geregelten zwölfwöchigen Wartefrist, die mit der Inanspruchnahme des Aufklärungsgesprächs beginnt, kann bei Vorliegen aller gesetzlichen Voraussetzungen die Sterbeverfügung errichtet werden. Diese wird im Sterbeverfügungsregister dokumentiert und registriert und behält ein Jahr ihre Gültigkeit. Diese Sterbeverfügung berechtigt Suizidwillige, das letal wirkende Präparat Natrium-Pentobarbital in einer Apotheke zu erwerben und bis zur Einnahme zu verwahren (vgl. ebd.: 16f; 32; 40f; 62ff.).

4.2 Schweiz

Das schweizerische Strafrecht sanktioniert in Art. 115 die Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord. Dort heißt es: »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 Geldstrafe bestraft.« Im Umkehrschluss dazu ist die Suizidhilfe nicht strafbar, wenn sie nicht aus selbstsüchtiger Motivation heraus erfolgt. Entscheidendes Abgrenzungskriterium zwischen Strafbarkeit und Strafflosigkeit ist daher die Gesinnung der Sterbehelfer*innen. In der Schweiz ist dagegen die Erlangung von assistiertem, organisierten Suizid zum Beispiel durch eine Sterbehilfevereinigung nicht prozedural durch die Einhaltung bestimmter Sorgfaltskriterien bedingt, da der Gesetzgeber nicht den Anschein staatlicher Legitimation der Suizidhilfe schaffen wollte (vgl. BJ 2008). Restriktiv wirken allenfalls die medizinethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften »Umgang mit Sterben und Tod« (SAMW 2018/2021), die 2022 in die Standesordnung der Ärzteschaft übernommen wurden und damit für die Mitglieder verbindlich sind. Die schweizerische Regelung gilt damit als sehr liberal.

4.3 Zwischenergebnis

Nach dem kurzen Einblick in die Rechtslage in Österreich und der Schweiz fallen die markanten Unterschiede der beiden legislativen Regelungen auf. Die Schweiz sanktioniert zwar in strafrechtlicher Hinsicht die selbstsüchtige Suizidhilfe und damit eine bestimmte Form der Suizidbeihilfe. In zivilrechtlicher Hinsicht werden anders als in Österreich jedoch keine weiteren, insbesondere prozeduralen Voraussetzungen zur Sicherstellung und Dokumentation des freiverantwortlichen Suizids und der Suizidassistenz aufgestellt. Werden die Voraussetzungen des Sterbeverfügungsgesetzes nicht eingehalten, so liegt auch in Österreich eine strafbare Suizidbeihilfe vor. Das österreichische Sterbeverfügungsgesetz ist ein schlüssiges Gesetz zur prozeduralen Absicherung

des Selbstbestimmungsrechts von Suizidwilligen und statuiert einen einzuhaltenden Pflichtenkatalog zum Schutz des Lebens als hochrangigem Rechtsgut, ohne die Hochwertigkeit des Grundrechts auf Selbstbestimmung zu stark zu unterlaufen. Es kann daher durchaus als Orientierungshilfe oder gar Kodifikationsvorlage für den deutschen Gesetzgeber bei seiner Kriminalisierungsentscheidung hinsichtlich des assistierten Suizids dienen.

5. Gesamtergebnis

Die gesetzlichen Regelungen der §§216 und 217 sind de lege lata dogmatisch schlüssig und systemgerecht. Klar war und ist, dass der Gesetzgeber nicht die altruistisch im Einzelfall geleistete Suizidbeihilfe inkriminieren, sondern aus Lebensschutzgesichtspunkten die manipulative Beeinflussung der Autonomie verhindern wollte. Die normative Umsetzung dieses legitimen Schutzgedankens führte jedoch letztendlich zur Verfassungswidrigkeit des §217. Ob der Gesetzgeber die Suizidassistenz generell oder nur erneut eine bestimmte Form für strafwürdig hält und de lege ferenda eine strafrechtliche Neuregelung der Suizidassistenz oder eine Festschreibung prozeduraler Regelungen anstrebt, ist Ausdruck seiner legislativen Einschätzungsprärogative und bleibt abzuwarten. Gewiss wird es sich beim assistierten Suizid prozentual um Ausnahmen handeln, dennoch und auch gerade deswegen sollten dem altruistisch geleisteten assistierten Suizid, der ernstlich und freiverantwortlich gewünscht wird, nicht zu viele prozedurale Hürden in den Weg gestellt werden, um dem Selbstbestimmungsrecht der Sterbewilligen Geltung zu verschaffen. Zumindest zur Suizidprävention ist gerade in einer modernen, pluralistischen und weltoffenen Gesellschaft auch der offene und vorurteilsfreie Umgang mit einem geäußerten Sterbewunsch für die Sterbewilligen von großer Bedeutung. Zudem dürfte es den Befürworter*innen einer liberalen Sterbehilferegulierung doch vornehmlich auf den psychologischen Effekt ankommen, der von einer liberalen Regelung der Suizidassistenz ausgeht.²⁷

»Ich könnte, wenn ich wollte, aber gerade deswegen will ich (noch) nicht.«

Literatur

Altpeter, Frank: Strafwürdigkeit und Straftatsystem: eine Untersuchung zur Einbeziehung von Strafwürdigkeitsaspekten in das Straftatsystem am Beispiel der vortatbestandlichen und tatbestandlichen Ebene, Frankfurt a.M./Bern/New York/Paris: Peter Lang Verlag 1990.

BJ (Bundesamt für Justiz): Vertiefte Abklärungen im Bereich der organisierten Suizidhilfe, Bern 2008, <https://www.bj.admin.ch/ejpd/de/home/aktuell/news/2008/2008-07-020.html>, abgerufen am 01.04.2023.

27 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020; – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 283.

- BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in Österreich): Sterbeverfügung. Leitfaden für die Praxis, Wien 2023, https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:41404f4e-adc6-40da-a69a-bc30168b85c4/Sterbeverf%C3%BCgung_-_Leitfaden_f%C3%BCr_die_Praxis_.pdf, abgerufen am 01.04.2023.
- Deckert, Anja: »Zum Strafwürdigkeitsbegriff im Kontext legislativer Kriminalisierungsentscheidungen im Verfassungsstaat« in: ZIS Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik 8/6 (2013), S. 266–275.
- Halmich, Michael: Sterbeverfügungsgesetz. Gesetzeskommentar, Wien: Educa Verlag 2022.
- Hilgendorf, Eric/Rosenau, Henning: »Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrer*innen zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe«, in: medstra 3/(2015), S. 129–130, <https://idw-online.de/de/attachmentdata43853.pdf>.
- Nakamichi, Yuki: »Grenzen der Strafgesetzgebung im Kontext des §217«, in: ZIS Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik 12/6 (2017), S. 324–330.
- Roxin, Claus: Strafrecht Allgemeiner Teil I, Grundlagen. Der Aufbau der Verbrechenslehre, München: Verlag C.H Beck 2006.
- SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften): Medizin-ethische Richtlinien, Bern 2018/2921, <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>, abgerufen am 01.04.23.
- Sax, Walter: »Grundsätze der Strafrechtspflege«, in: Rechtspflege und Grundrechtsschutz 3/2 (1959), S. 909–1014.
- Steller, Sabrina: Ärztliche Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe unter besonderer Berücksichtigung des §217 StGB, Baden-Baden: Tectum Verlag 2019.
- Taupitz, Jochen/Tolmein, Oliver: »Selbstbestimmung zum Sterben – Fürsorge zum Leben: Widerspruch für die Rechtsordnung?«, in: Gian Domenico Borasio/Ralf J. Jox/Jochen Taupitz/Urban Wiesing, Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, Berlin/Heidelberg: Springer 2017.

Beobachtungen zur Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich

Anna Kitta

Prozess der Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich

In Österreich wurde der assistierte Suizid durch das 2021 erlassene bundesweite Sterbeverfügungsgesetz (StVfG, BGBl. I Nr. 242/2021) reguliert, das unheilbar kranken Menschen unter bestimmten Bedingungen den Zugang zu medizinischer Suizidassistentz ermöglicht. Bis 2021 war es allgemein verboten, auch für Ärzt*innen, Menschen bei einem Suizid zu helfen, da es im Strafgesetzbuch hieß: »Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.« (§78 StGB, vgl. Halmich 2022: 7) Die Gesetzesänderung wurde 2019 von vier Antragsteller*innen initiiert, die beim Obersten Verfassungsgerichtshof Beschwerde einlegten, weil sie das Verbot des assistierten Suizids aus mehreren Gründen für verfassungswidrig hielten. Im Dezember 2020 hob der Verfassungsgerichtshof das Verbot von assistiertem Suizid auf und wies den Gesetzgeber an, ein Gesetz zur Regulierung des assistierten Suizids bis Ende 2021 zu erlassen. Darüber hinaus wurden Expert*innen, Gesundheitseinrichtungen und die Regierung ermutigt, bezüglich des neuen Gesetzes Stellung zu nehmen und bei der Regulierung mitzuwirken. Dazu erfolgten am 26.4.2021, am 30.4.2021 und am 29.10.2021 Dialogforen, welche vom Bundesministerium für Justiz organisiert wurden und zu denen Vertreter*innen von Wissenschaft, Bioethikkommission, Kirche, Religionsgemeinschaften sowie von Berufsgruppen und Organisationen, die sich mit dem Thema des assistierten Suizids beschäftigten, eingeladen wurden. Alle Interessierten in Österreich waren zudem ersucht, Stellungnahmen einzubringen. Insgesamt 85 schriftliche Stellungnahmen erreichten das Bundesministerium für Justiz, 50 von Privatpersonen und 35 von Organisationen. Diese wurden im Juni 2021 auf der Website des Bundesministeriums für Justiz veröffentlicht (vgl. Halmich 2022: 9; vgl. Parlament Österreich 2023).

Der erste Gesetzesentwurf zur Regelung der Suizidassistentz wurde jedoch erst Ende Oktober 2021 vorgelegt und nach einer sehr kurzen, dreiwöchigen Begutachtungsfrist beschlossen. Die zahlreichen Stellungnahmen führten zu nur geringfügigen Anpassungen in der Finalversion. Am 16. Dezember 2021 wurde die endgültige Fassung vom Par-

lament verabschiedet und im Januar 2022 wurde das StVfG umgesetzt. Bemerkenswert ist, dass der zeitliche Rahmen für die Errichtung des StVfG (ein Jahr) und für die anschließende Begutachtung des ersten Entwurfs (drei Wochen) sehr eng war und daher Expert*innen und Institutionen des Gesundheitswesens nur begrenzte Möglichkeiten hatten, sich in den Prozess einzubringen. Wäre das Gesetz nicht bis Januar 2022 verabschiedet worden, wäre der assistierte Suizid ohne Bedingungen oder Einschränkungen in Österreich legal gewesen (vgl. Halmich 2022: 9ff.).

Der Verfassungsgerichtshof äußerte, es seien gesetzgeberische und sonstige staatliche Maßnahmen nötig, um allen bedürftigen Personen einen Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung zu ermöglichen, wozu ein österreichweites, wohnortnahes, öffentlich finanziertes und gut zugängliches Angebot erforderlich sei. Dafür wurde eine zusätzliche Finanzierung des Aus- und Aufbaus flächendeckender Palliativversorgung vorgesehen. Der Jurist Michael Halmich schrieb im kommentierten Gesetzesentwurf in diesem Zusammenhang: »Die Aufhebung der Strafbarkeit der Hilfeleistung zur Selbsttötung würde allerdings auch ohne konkrete flankierende Maßnahmen mit 1.1.2022 eintreten« (ebd.: 10), das heißt, auch ohne eine Erweiterung der Palliativversorgung wäre das Gesetz in Kraft getreten. Das damalige türkis-grüne Regierungsprogramm positionierte sich jedoch mit dem Vorhaben, die Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung zu sichern.

Ablauf des assistierten Suizids in Österreich

Basierend auf den aktuellen Vorschriften müssen Ansuchende mehrere Bedingungen erfüllen: Sie müssen mindestens 18 Jahre alt sein, in Österreich wohnen oder die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen und entscheidungsfähig sein. Darüber hinaus ist assistierter Suizid nur für Menschen möglich, die an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit oder einer schweren Langzeiterkrankung mit anhaltenden Symptomen leiden. Personen, die assistierten Suizid beantragen, müssen erklären, dass ihr Wunsch zu sterben freiwillig und selbstbestimmt ist, und sie müssen die letzte Handlung selbst durchführen, beispielsweise indem sie eine tödliche Lösung selbstständig trinken, über die PEG-Sonde applizieren oder den Infusionshahn der intravenösen letalen Infusion selbst öffnen. Eine dritte Person kann helfen, indem zum Beispiel das tödliche Medikament aus einer Apotheke abgeholt wird. Zwei Ärzt*innen, von denen eine*r eine Qualifikation in Palliativmedizin besitzen muss, sind von der*dem Antragsteller*in hinzu-zuziehen und haben die Entscheidung der*des Patient*in im elektronischen Sterbeverfügungsregister des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu dokumentieren. Beide Ärzt*innen müssen über Alternativen zu assistiertem Suizid, die Dosis des tödlichen Medikaments Natriumpentobarbital, Begleitmedikation und mögliche Nebenwirkungen informieren. Darüber hinaus sind die Freiwilligkeit und Selbstbestimmung der Sterbewilligen zu prüfen, wenn die sonstigen Voraussetzungen des StVfG erfüllt sind (vgl. BMSGPK 2022).

Nach einer vorgeschriebenen Frist von 12 Wochen nach der zweiten ärztlichen Aufklärung (die Frist verkürzt sich auf zwei Wochen bei »terminaler Krankheit«) müssen die Unterlagen von einer* einem Notar*in oder Patientenanwält*in genehmigt werden. An-

schließlich kann das tödliche Medikament innerhalb eines Jahres in einer öffentlichen Apotheke abgeholt werden. Der Suizid selbst soll an einem privaten Ort durchgeführt werden (vgl. Halmich 2022: 18).

Praktische Hürden für die Umsetzung des assistierten Suizids

Allerdings zeigte sich bereits in den ersten Monaten nach Inkrafttreten des StVfG ein Hindernis für die praktische Umsetzung des assistierten Suizids. Menschen, die den assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollten, fanden kaum Ärzt*innen, welche die erforderlichen Konsultationen anboten.

Zu Beginn des Jahres 2022 war beispielsweise in Wien als einem von acht österreichischen Bundesländern noch nicht klar, welche Ärzt*innen Aufklärungen bezüglich des Sterbeverfügungsgesetzes durchführen würden und wo Sterbewillige Informationen finden könnten. Nach einigen Wochen wurde von der Wiener Ärztekammer eine Liste erstellt, die mittlerweile auf Nachfrage Betroffenen zur Verfügung gestellt wird. In Salzburg und in der Steiermark sind mittlerweile über die Online-Suchfunktion der Ärztekammern Ärzt*innen einsehbar, die Beratungen im Rahmen des StVfG durchführen (vgl. Ärztekammer Salzburg 2023; vgl. Ärztekammer Steiermark 2023). Die Ärztekammern von Niederösterreich und Kärnten verweisen beide an Kontaktadressen, die weitere Informationen zu aufklärenden Ärzt*innen zur Verfügung stellen (vgl. Ärztekammer Niederösterreich 2023; vgl. Ärztekammer Kärnten 2023).

Zum Zeitpunkt, als das Gesetz in Kraft getreten ist, war zu beobachten, dass Menschen, die den assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollten, Kontakt zu Palliativinstitutionen aufnahmen, um nach Informationen und Möglichkeiten zu fragen. Da für angestellte Ärzt*innen an palliativmedizinischen Institutionen jedoch eine Vorgabe des Arbeitgebers für entsprechende Auskünfte notwendig ist, die von vielen Institutionen aufgrund der kurzen Vorlaufzeit zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erstellt war, gestaltete es sich zu Beginn des Jahres 2022 schwierig, kompetente Antworten und Verweise auf zuständige Stellen zu geben.

Im Rahmen dessen wurde von der Abteilung für Palliativmedizin der Medizinischen Universität Wien im Jahr 2022 eine qualitative Studie durchgeführt, welche anhand der Veröffentlichungen auf Internetpräsenzen der österreichischen Palliativstationen und Hospize untersuchte, inwieweit sich die Institutionen öffentlich positionierten beziehungsweise Informationen bezüglich assistierten Suizids für Patient*innen zugänglich waren (vgl. Kitta/Ecker/Zeilinger 2023). Die Studienergebnisse zeigten, dass nur sehr wenige Einrichtungen eine Stellungnahme zu assistiertem Suizid auf ihrer Website veröffentlichten. Von denen, die es taten, waren die meisten christliche Einrichtungen. Bis August 2022, acht Monate nachdem assistierter Suizid in Österreich legalisiert wurde, unterstützte keine der Online-Stellungnahmen den assistierten Suizid oder zeigte eine offene Haltung dazu. Die meisten Erklärungen wurden im Jahr 2021 veröffentlicht. Im Folgenden wurden nur wenige hinzugefügt, selbst nachdem der assistierte Suizid im Januar 2022 legal wurde. Ein allgemeiner Mangel an neueren Veröffentlichungen wurde somit deutlich. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass Menschen in Österreich, die den assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten und das Internet als

erste Informationsquelle nutzen, auf Internetpräsenzen von Palliativ- und Hospizeinrichtungen weitgehend keine relevanten Informationen finden.

Wie in anderen Studien festgestellt wurde, kann der religiöse Hintergrund der Kliniker*innen eine Rolle bei der Einstellung gegenüber assistiertem Suizid spielen. In Bezug auf die Meinungen von Ärzt*innen zu assistiertem Suizid wurden mehrere Faktoren identifiziert, wobei eine nicht katholische Religionszugehörigkeit mit einer höheren Befürwortung von assistiertem Suizid zusammenhängt (vgl. Marini/Neuenschwander/Stiefel 2006; vgl. Meier/Emmons/Wallenstein 1999; vgl. Grassi/Magnani/Ercolani 1999; vgl. Portenoy/Coyle/Kash 1997; vgl. Bachman/Alcser/Doukas 1996).

Mögliche Gründe für die Zurückhaltung der Fachrichtung Palliativmedizin

Es ist zu beobachten, dass viele Palliativmediziner*innen den assistierten Suizid kritisch sehen (vgl. Marini/Neuenschwander/Stiefel 2006). Gleichzeitig hat sich gezeigt, dass einige in der Palliative Care Tätige den assistierten Suizid unterstützen. Eine Studie in Oregon zeigte, dass 59 Prozent der befragten Hospizkrankenpflegepersonen den assistierten Suizid befürworteten (vgl. Ganzini/Harvath/Jackson 2002). Die British Medical Association führte 2021 eine Umfrage zum ärztlich assistierten Suizid durch, die sich auf die Meinungen der Mitglieder konzentrierte. Die Reaktionen waren je nach medizinischem Fachgebiet unterschiedlich. Beispielsweise befürworteten mehr als 60 Prozent der HNO-Ärzt*innen, Anästhesist*innen und Notärzt*innen den assistierten Suizid, weniger als 30 Prozent waren dagegen. Dahingegen sprachen sich mehr als 75 Prozent der Palliativmediziner*innen gegen ärztlich assistierten Suizid aus, während weniger als 15 Prozent ihn befürworteten (vgl. BMA 2021). Die schottische Wissenschaftlerin und Palliativmedizinerin Marie Fallon betont zudem, dass Evidenz und Wissen in Hinblick auf assistiertes Sterben spärlich und mehr Forschung zu gesellschaftlichen und politischen Fragen notwendig ist (vgl. Fallon 2022; vgl. Sallnow/Smith/Ahmedzai 2022).

Auch die Ergebnisse der qualitativen Studie zur Veröffentlichung von Statements auf Internetpräsenzen von österreichischen Palliativ- und Hospizeinrichtungen deuten auf eine Zurückhaltung von österreichischen in der Palliative Care Tätigen gegenüber dem assistierten Suizid hin (vgl. Kitta/Ecker/Zeilinger 2023). Dies kann mehrere Gründe haben: Erstens fehlt es an landesweiter Palliativ- und Hospizversorgung. Eine globale Analyse hat gezeigt, dass sich das Niveau der Palliativversorgung in den letzten Jahren verbessert hat, aber immer noch nicht vollständig in den Gesundheitsplan des Landes integriert wurde und den erwarteten Bedarf nicht deckt. Österreich liegt diesbezüglich auf dem gleichen Niveau wie Länder mit einem laut Weltbank niedrigeren Einkommensniveau wie Tschechien, Georgien, Kasachstan und Uganda (vgl. Clark/Baur/Clelland 2020). Auch der Fachgesundheits- und Krankenpfleger Robert Lindner betont, dass in Deutschland angesichts der Debatte um den assistierten Suizid die »Forderung nach Ausbau und Verbesserung palliativmedizinischer Angebote als Mittel der Suizidprävention gerade bei schweren, zum Tode führenden körperlichen Erkrankungen sowohl in Fachgesellschaften als auch im politischen Diskurs bekräftigt« wurde (Lindner 2015: 442). Parallel zum Sterbeverfügungsgesetz wurde in Österreich am 01.01.2022 das Hospiz- und Palliativfondsgesetz verabschiedet. Damit soll eine Finanzierungslücke geschlossen und der

gesamte Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in eine Regelfinanzierung überführt werden. Für das Jahr 2022 waren Bundesmittel von insgesamt 21 Millionen Euro vorgesehen, im Jahr 2023 sind 36 Millionen Euro und 2024 51 Millionen Euro aus dem Bundesbudget geplant. Die Gelder können von den einzelnen Bundesländern für mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, Hospizteams, Tageshospize und stationäre Hospize verwendet werden (vgl. BGBl. I 2022). In einem im Januar 2023 veröffentlichten Artikel in der Tageszeitung *Der Standard* zitiert Gerald John das Gesundheitsministerium: »Die für 2022 in einem ersten Schritt eingeplanten 63 Millionen seien allesamt geflossen« (John 2023). Dies steht in Diskrepanz zu dem Erleben und den Beobachtungen von in der Palliative Care Tätigen. Nach einem Aufruf im Newsletter der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) im Februar 2023 konnte keine Person, die im Palliativ- und Hospizbereich tätig ist, Angaben zu Beobachtungen machen, wo bisher Gelder verwendet wurden.

Zweitens wurden die zahlreichen Bedenken und Anregungen, die von Palliativorganisationen zum StVfG im Jahr 2021 geäußert wurden, in der endgültigen Gesetzgebung kaum berücksichtigt. Auch dies deutet darauf hin, dass die kurze Zeit der Formulierung des neuen Gesetzes dazu geführt hat, dass es in Österreich an grundsätzlichen und vertieften Diskussionen gefehlt hat. Der Fokus blieb eher auf der konkreten Umsetzung.

Ganz allgemein stellt assistierter Suizid einen Konflikt zwischen den Werten und dem Ziel der Arbeit der Palliative Care Community dar. Laut Weltgesundheitsorganisation hat Palliativmedizin weder zum Ziel das Sterben zu beschleunigen noch es aufzuhalten (vgl. WHO 2010). Darüber hinaus konzentrieren sich Palliativmediziner*innen hauptsächlich auf Möglichkeiten mit existenziellem Leid umzugehen und versuchen, einem Wunsch der Patient*innen, ihr Leben zu beenden, aus einer anderen Perspektive zu begegnen, vor allem da Menschen oft unter belastenden Symptomen leiden, die behandelt werden können. Darüber hinaus konzentriert sich die Palliative Care auf Advance Care Planning und gemeinsame Entscheidungsfindung; Patient*innen können Therapien (z. B. Antibiotika bei Infektionen) ablehnen, freiwillig auf Essen und Trinken verzichten oder bei refraktärer Symptomatik eine palliative Sedierung erhalten. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass die laute Diskussion um Autonomie am Lebensende im Kontrast zum geringen Anteil der vorhandenen Patientenverfügungen steht. Im Jahr 2020 verfügten lediglich vier Prozent der Österreicher*innen über eine Patientenverfügung (vgl. Salzburg ORF 2020).

In Bezug auf die Fortsetzung der Versorgung von unheilbar kranken Patient*innen, die keinen assistierten Suizid wünschen oder den Tod nicht beschleunigen möchten, kann sich eine kompliziertere Beziehung ergeben, wenn Patient*innen vom selben Team sowohl Palliative Care als auch assistierten Suizid angeboten wird. Patient*innen und Angehörige sind möglicherweise nicht immer in der Lage, zwischen assistiertem Suizid und Palliativversorgung zu unterscheiden, und dabei können die Zwecke und Ziele der Palliativversorgung missverstanden werden, was bereits in einer qualitativen Studie gezeigt wurde (vgl. Mathews/Hausner/Avery 2021).

Drittens orientieren sich viele der heute in der Palliativ- und Hospizarbeit tätigen Ärzt*innen an traditionellen Werten der Palliativversorgung. Von den derzeit auf Palliativmedizin spezialisierten Ärzt*innen sind in Österreich 75 Prozent angestellt und nicht selbstständig tätig (vgl. OPG 2021). Dies führt zu einer zusätzlichen Schwierigkeit, da

Zweck und Auftrag von Krankenhäusern durch §1 KAKuG (Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz) festgelegt sind. Krankenhäuser sind als Orte definiert, an denen unter anderem durch Untersuchung der Gesundheitszustand festgestellt und überwacht wird und wo durch Behandlung Krankheiten vorgebeugt sowie diese gelindert oder geheilt werden. Krankenhäuser sind somit definitionsgemäß Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Kranken. Darüber hinaus sind sie Behandlungs- und nicht Aufenthaltsorte, was dem Plan des Gesetzgebers widerspricht, dass assistierter Suizid im privaten Rahmen stattfinden soll (vgl. Halmich 2022: 18). Ärzt*innen, die in Einrichtungen angestellt sind, können daher nicht frei entscheiden, ob sie innerhalb der Einrichtungen an assistiertem Suizid mitwirken, sondern sind auf die Richtlinien ihres Arbeitgebers und ihrer Organisation angewiesen. Da das Gesetz schnell eingeführt wurde, hatten Institutionen wenig Zeit, Richtlinien zu entwickeln. Nach wie vor (Stand 2023) sind kaum Richtlinien öffentlich verfügbar. In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass Ressourcen gebunden werden, wenn eine Gesundheitseinrichtung assistierten Suizid anbietet. Dies führt zu weniger Zeit für andere Patient*innen und widerspricht dem ursprünglichen Auftrag der Krankenhäuser, Patient*innen zu behandeln mit dem Ziel, Leiden zu lindern oder Heilung herbeizuführen. Institutionen könnten auch Stigmatisierung befürchten, wenn sie offen erklären, dass dort assistierter Suizid möglich ist. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Auswirkungen der Gesetzesänderung entwickeln. Assistierter Suizid soll laut Gesetzgebung grundsätzlich im privaten Raum stattfinden und nicht in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Patient*innen möchten jedoch möglicherweise weiterhin in Verbindung zu ihrem medizinischen Behandlungsteam bleiben, was in der Häuslichkeit meist nicht umgesetzt werden könnte.

Erste Berichte ein Jahr nach Einführung des StVfG

Mehr als ein Jahr nach Einführung des StVfG wurden bis Ende März 2023 von staatlicher Seite noch keine Zahlen zur Inanspruchnahme von assistierten Suiziden in Österreich veröffentlicht. Auch eine wissenschaftliche Begleitforschung bezüglich der Motive, Abläufe und Resultate von assistiertem Suizid in Österreich wird vom zuständigen Gesundheitsministerium nicht durchgeführt.

In einer Presseaussendung der OPG am 28.12.2022, knapp zwölf Monate nach Inkrafttreten des StVfG, wird vom Präsidenten der OPG, Dietmar Weixler, eine große Problematik darin beschrieben, dass österreichische Palliative-Care-Einrichtungen die Aufklärung zum assistierten Suizid und die »angefragten Leistungen im Sinne einer umfassenden Betreuung und Begleitung von Menschen mit schweren Erkrankungen aufgrund fehlender Ressourcen nicht in dem gewünschten Umfang erbringen können und gleichzeitig von einem Anliegen erdrückt werden, für das sie sich in ihrem Selbstverständnis gar nicht zuständig fühlen« (OPG 2022). Zudem betont die Fachgesellschaft die weiter vorherrschende Unsicherheit bezüglich des assistierten Suizids und teilt in diesem Zusammenhang erste Meldungen der Berichts- und Meldeplattform der OPG, ASCIRS (<https://www.ascirs.at>) mit. Die Plattform ist ein Berichts- und Lernsystem und soll dazu beitragen, mehr über die Praxis der Suizidbeihilfe in Österreich zu erfahren und aus den Beobachtungen und Erfahrungen der Beteiligten zu lernen. Die hier mit-

geteilten Erfahrungen könnten zur Entwicklung unterstützender Leitlinien und damit auch zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Darüber hinaus könnten die eingereichten Berichte in Zukunft Erkenntnisse und (anonymisierte) Daten für Forschung zum assistierten Suizid bieten. Die Meldeplattform wurde im Mai 2022 errichtet und im Januar 2023 wurden im Rahmen eines Webinars die ersten Erkenntnisse aus ASCIRS-Berichten veröffentlicht. Es sei zum Beispiel vielfach von Überforderung sowie von Unsicherheit aufgrund fehlender Handlungsanweisungen durch Arbeitgeber*innen berichtet worden. Die ASCIRS-Plattform ist jedoch nicht als komplett neutrale Beobachtungsstelle zu sehen, da die OPG als Trägerin der Liberalisierung des assistierten Suizids kritisch gegenübersteht und dies eventuell Einfluss auf Meldungen haben kann.

Insgesamt wurden bis Mai 2022 83 Meldungen gemacht, davon entfielen 59 Berichte auf Anfragen um Beihilfe zum Suizid, ein Bericht auf einen abgebrochenen Suizid und 23 Berichte auf vollendete Suizide (vgl. Masel/Weixler 2023). Die Palliativmediziner*innen Eva Masel und Dietmar Weixler teilen in der Zeitschrift für Palliativmedizin mit:

»Die meisten Berichte sind über Menschen mit Tumor- oder neurologischen Erkrankungen. Das Alter der Personen lag zwischen 43 und 97 Jahren. Der bei Weitem häufigste Grund für den assistierten Suizid bzw. für eine Anfrage dazu war das erlebte (existenzielle) Leid. Am zweithäufigsten wurden unzureichend behandelte körperliche Symptome der Erkrankung genannt.

Der Sterbeort war, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, der private Bereich. Laut den Berichten waren bei nahezu allen assistierten Suiziden die Angehörigen der Betroffenen anwesend und dabei weitgehend auf sich alleine gestellt. Nur in einzelnen Fällen war zusätzlich betreuendes Fachpersonal präsent. Die gesetzlich vorgeschriebene palliativmedizinische Beratung vor Errichtung einer Sterbeverfügung stellt eine große Herausforderung für Palliativmediziner*innen dar, bspw. wegen der erforderlichen Zeit. Mehrere Teams berichten neben emotionalen Reaktionen vor allem hinsichtlich vielschichtiger Verunsicherungen und dass dadurch die reguläre Betreuung bzw. deren Qualität für die Patient*innen gefährdet sei.« (ebd.: 59)

Fazit

Es zeigt sich, dass auch über ein Jahr nach Einführung des StVfG in Österreich noch manches unklar ist und es wichtig bleibt, die derzeitigen Entwicklungen weiterhin wissenschaftlich zu begleiten. Studien sind zu verstärken und unterstützen, da eine genaue und nachvollziehbare Beobachtung unabdingbar ist. Dazu sind vor allem auch staatliche Förderungen und eine transparente Offenlegung von Berichten und Zahlen nötig.

Die verschiedenen Positionierungen zeigen, dass die Einführung der Möglichkeit des assistierten Suizids ein komplexes Thema ist, das eine tiefgehende und wiederholte Auseinandersetzung mit Expert*innen verschiedenster Fachbereiche nötig macht. In Österreich wurde den in der Palliative Care Tätigen ungefragt eine große Verantwortung hinsichtlich der Abläufe des assistierten Suizids zugemutet, auch dies gilt es kritisch zu beleuchten. Es ist vor allem wichtig, Unterstützung für schwer kranke Menschen, für alte Menschen und für Sterbende zu intensivieren.

Literatur

- Ärztchamber Kärnten: Sterbeverfügungsgesetz. <https://www.aekktn.at/rechtliches/arztundrecht/sterbeverfuegungsgesetz>, abgerufen am 19. März 2023.
- Ärztchamber Niederösterreich: Aufklärung nach dem Sterbeverfügungsgesetz/Liste verfügbar (2022), <https://www.arztnoe.at/fuer-aerzte/news-details/aufklaerung-nach-dem-sterbeverfuegungsgesetz-liste-verfuegbar> vom 27.10.2022, abgerufen am 19. März 2023.
- Ärztchamber Salzburg: Das Sterbeverfügungsgesetz – Infos für Patienten (2022), <https://www.aeksbg.at/fuer-patienten/wissenswertes/patient-recht/sterbeverfuegungsgesetz>, abgerufen am 19. März 2023.
- Ärztchamber Steiermark: Ärztinnen- und Ärztesuche (2023), <https://www.aekstmk.or.at/46>, abgerufen am 19. März 2023.
- Bachmann, Jerald G./Alcser, Kirsten H./Doukas, David J. et al. »Attitudes of Michigan Physicians and the Public toward Legalizing Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia«, in: *New England Journal of Medicine* (1996), S. 303–309.
- BGBI. I – Ausgegeben am 18. März 2022 – Nr. 29. <https://www.gesundheitsrecht.at/wp-content/uploads/2022/03/Hospiz-und-Palliativfondsgesetz.pdf>, abgerufen am 19. März 2023.
- BMA Survey on Physician-Assisted Dying (2021), <https://www.bma.org.uk/media/3367/bma-physician-assisted-dying-survey-report-oct-2020.pdf>, abgerufen am 19. März 2023.
- BMSGPK: Sterbeverfügung. Leitfaden für die Praxis (2022) <https://www.allmed.at/oeif-am-shop/arbeitsbehilfe/stvf-praxis-pdf>.
- Clark, David/Baur, Nicole/Clelland, David et al.: »Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017«, in: *Journal of Pain and Symptom Management* (2020), S. 794–807.
- Fallon, Marie: Webinar »We are potentially diving into a big black hole and we have no idea what's at the bottom.« (2022), <https://www.youtube.com/watch?v=G3b5L767tnG>, abgerufen am 15. Juli 2023.
- Ganzini, Linda/Harvath, Theresa A./Jackson, Ann et al. »Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide«, in: *The New England Journal of Medicine* (2002), S. 582–88.
- Grassi, Luigi/Magnani, Katia/Ercolani, Mauro: »Attitudes toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide among Italian Primary Care Physicians«, in: *Journal of Pain and Symptom Management* (1999), S. 188–196.
- Halmich, Michael: Sterbeverfügungsgesetz StVfG. Kompakte Gesetzeskommentierung. Wien: Educa Verlag 2022.
- John, Gerald: Ein Jahr Sterbeverfügung: Was Menschen zum assistierten Suizid veranlasste (2023), <https://www.derstandard.at/story/2000142688462/ein-jahr-sterbeverfuegung-was-menschen-zum-assistierten-suizid-veranlasste> vom 25.01.2023, abgerufen am 19. März 2023.
- Kitta, Anna/Ecker, Franziska/Zeilinger, Elisabeth Lucia et al.: »Statements of Austrian hospices and palliative care units after the implementation of the law on assisted sui-

- icide: A qualitative study of web-based publications«, in: Wiener Klinische Wochenschrift (2023), doi: 10.1007/s00508-023-02157-9.
- Lindner, Robert: »Der suizidale Sterbende«, in: Nervenheilkunde 6 (2015), S. 441–445.
- Marini, MC/Neuenschwander, H/Stiefel, F: »Attitudes toward Euthanasia and Physician Assisted Suicide: A Survey among Medical Students, Oncology Clinicians, and Palliative Care Specialists. Palliat Support Care«, in: Palliative and Supportive Care (2006), S. 251–55.
- Masel, Eva Katharina/Weixler, Dietmar: »Mitteilungen der Österreichischen Palliativgesellschaft«, in: Zeitschrift für Palliativmedizin (2023), S. 59.
- Mathews, Jean Jacob/Hausner, David/Avery, Jonathan, et al.: »Impact of Medical Assistance in Dying on Palliative Care: A Qualitative Study«, in: Palliative Medicine (2021), S. 447–454.
- Meier, Diane E./Emmons, Carol-Ann/Wallenstein, Sylvan et al. »A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States«, in: Survey of Anesthesiology (1999), S. 71–72.
- OPG (Österreichische Palliativgesellschaft): Assistierter Suizid: Österreichische Palliativgesellschaft fordert Änderung des Sterbeverfügungsgesetzes (2022), https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20221228_OTSo021/assistierter-suizid-oesterreichische-palliativgesellschaft-fordert-aenderung-des-sterbeverfuegungsgesetzes-bild-vom-28.12.2022, abgerufen am 19. März 2023.
- OPG (Österreichische Palliativgesellschaft): Stellungnahme des Vorstandes der Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) zur Gesetzesvorlage »Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz -StVfG)« (2021), https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=1390&u=0&g=0&t=1670190969&hash=6a1e91d20ddd7e2ea08082c04500384fb216f3a7&file=/fileadmin/redakteur/Stellungnahmen/OPG.Stellungnahme.HosPaLG.201121.pdf, abgerufen am 19. März 2023.
- Parlament Österreich: Sterbeverfügungsgesetz; Suchtmittelgesetz, Strafgesetzbuch, Änderung. Stellungnahmen, <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/ME/150?selectedStage=101>, abgerufen am 19. März 2023.
- Portenoy, Russell K./Coyle, Nessa/Kash, Katheryn M. et al. »Determinants of the Willingness to Endorse Assisted Suicide: A Survey of Physicians, Nurses, and Social Workers«, in: Psychosomatics (1997), S. 277–87.
- Sallnow, Libby/Smith, Richard/Ahmedzai, Sam H. et al. »Report of the Lancet Commission on the Value of Death: Bringing Death Back into Life«, in: The Lancet (2022), S. 837–884.
- Salzburg ORF: Nur vier Prozent haben Patientenverfügung (2020), <https://salzburg.orf.at/stories/3028388/>, abgerufen am 19. März 2023.
- WHO: Palliative Care (2010), <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>, abgerufen am 19. März 2023.

Teil II: Berufsethische Fragen

Beitrag aus der Podiumsdiskussion hinsichtlich des Selbstverständnisses der Palliativmedizin

Ich bin seit 25 Jahren Palliativmedizinerin, ich mache das in dem vollen Bewusstsein, dass es einen würdigen und in jeder Phase selbst bestimmten Weg im Sterben gibt. Wir in der Palliativpflege haben viele Möglichkeiten, im Sterben auf die Vorstellungen und Bedürfnisse der Patient*innen einzugehen, die Schmerzen zu lindern. Aber niemand ist verpflichtet, das eigene Leben künstlich zu verlängern.

Es ist eine gute Entwicklung, dass es kein Tabu mehr ist, wenn heute schwerstkranke Menschen offen über ihren Wunsch zu sterben sprechen können. Das sind dann sehr komplexe Gespräche, die in einer gewachsenen, vertrauensvollen Beziehung zwischen den Patient*innen und unserem Palliativ-Team stattfinden. Das lässt sich nicht in ein Gesetz mit Beratungsinstitution und Fristen fassen. Ich finde es absurd, wenn Sterbewillige noch einen Antrag auf Beratung, auf psychiatrische Untersuchung stellen und auf eine Entscheidung mit Erlaubnis warten sollen.

Die Diskussion um ein Gesetz thematisiert auch die Frage nach dem äußeren Druck: Die Sterbewilligen sollen nicht aus dem Beweggrund handeln, weil sie meinen, ihrer Familie zur Last zu fallen. Gerade bei alten Patient*innen kennen wir diese Befürchtung und müssen diese Bedenken ernst nehmen, auch das muss und kann offen kommuniziert werden – gerade indem wir auch die Angehörigen mit einbeziehen. Auch sie gehören zu den Betroffenen, wenn der Wunsch zu sterben geäußert wird. Diese Betroffenen werden meines Erachtens bei der Diskussion um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids zu wenig gesehen.

Ich bin Palliativmedizinerin geworden, weil ich den lebensbejahenden Weg aufzeigen und begleiten möchte. Ich sehe aber auch, dass es in der Zukunft mit Blick auf den demografischen Wandel, wenn nicht gar heute schon, zu geringe Kapazitäten für eine Palliativpflege gibt. Da sehe ich ein ganz anderes Problem auf uns zukommen: Wenn der Weg der Selbsttötung zum Normalfall wird, wird dann Palliativpflege zum Luxus, oder wird es einen Wettbewerb geben zwischen Palliativpflege und Sterbehilfeanbietern?

»Ich möchte, dass du mir hilfst, Schluss zu machen.«

Buchbesprechung zu Emmanuèle Bernheim: *Alles ist gutgegangen*

Marc Keller und Anna Magdalena Elsner

Von der ersten Zeile an geraten die Leser*innen von Emmanuèle Bernheims autobiografischem Bericht *Alles ist gutgegangen* (2014) in den Sog der Ereignisse, die das Leben der gleichnamigen Ich-Erzählerin in den kommenden Monaten durchrütteln sollten. Ihr 88-jähriger Vater, der Pariser Kunstsammler André Bernheim, hat gerade einen Schlaganfall erlitten, in großer Aufregung eilt sie zu ihm ins Krankenhaus. Entgegen ersten Befürchtungen überlebt der Vater zwar. Er ist jedoch halbseitig gelähmt und konfrontiert seine Tochter schon kurze Zeit später mit einer für sie nur schwer erträglichen Bitte: »Ich möchte, dass du mir hilfst, Schluss zu machen« (Bernheim 2014: 46). Sie sichert ihm ihre Unterstützung schließlich zu, wie wenig später auch ihre Schwester Pascale. Durch die Vermittlung einer Freundin wird sie dabei von der Vertreterin eines Vereins beraten, der sich für das Recht auf ein »selbstbestimmtes Lebensende« engagiert. Da die französische Gesetzeslage Sterbehilfe aber nicht erlaubt, stellt diese wiederum den Kontakt zwischen der Erzählerin und einer nicht namentlich bezeichneten Schweizer Organisation her, sodass der Vater, nach allerlei Hindernissen inklusive polizeilicher Einvernahme der Töchter, nach Bern reist und dort einen assistierten Suizid in Anspruch nimmt. Die Erzählerin, die aus rechtlichen Gründen in Paris zurückbleiben musste, erhält am Ende des Buchs von der Schweizer Sterbehelferin telefonisch die titelgebende Mitteilung: »Alles ist gutgegangen« (ebd.: 206).

Im Zentrum von Bernheims Buch steht der assistierte Suizid des Vaters. Von Anfang an aber wird sein Entschluss besonders in seinen Auswirkungen auf die Erzählerin verhandelt. Seine Bitte, dass sie als seine Tochter ihm beim Sterben helfen solle, ist es denn auch, die ihr Leben so sehr auf den Kopf stellt, dass sie es sich nur durch Beruhigungsmittel erträglich machen kann. Die Sogwirkung, die der Text dabei entfaltet, wird neben dem schnörkellos-parataktischen Stil, der die Sätze genau wie die Ereignisse Schlag auf Schlag aufeinanderfolgen lässt, wesentlich durch das linear-chronologische Erzählen im Präsens erzielt, das eine Gleichzeitigkeit von Erleben und Erzählen suggeriert und die Leser*innen unmittelbar am Geschehen teilhaben lässt. Doch gibt es eine bezeichnende Ausnahme: die erstmalige Äußerung des väterlichen Sterbewunsches. Dieser wird vorerst durch eine Ellipse ausgespart, markiert durch eine leere Seite. Was

sich währenddessen ereignete, erfahren wir direkt im Anschluss, wenn die Erzählerin in ihrem Bericht fortfährt und uns das gegenwärtige Geschehen das einzige Mal in der grammatischen Vergangenheit nachreicht: wie sie ins Krankenhaus gekommen sei, wo ihr Vater sie unversehens mit seiner Bitte konfrontiert und sie die Einrichtung sofort wortlos wieder verlassen habe. Durch diese chronologische Diskontinuität scheint der Text zu sagen, dass sich das Ungeheuerliche, was der Vater da von ihr erbittet, nicht im selben Moment bewusst erleben lässt, als ob die Wucht dieses einen Satzes einen aus der Zeit werfen würde und er sich erst nachträglich rational verarbeiten und erzählen ließe.

Die Tochter setzt sich mit dem Sterbewunsch des Vaters auch durch das Reflektieren von Begriffen in Zusammenhang mit dem assistierten Suizid auseinander. So gibt es im gesamten Buch nur ein einziges Wort, das fett gedruckt ist, und das auch im französischen Originaltext auf Deutsch geschrieben steht: »Selbstbestimmung«. Der Erzählerin sticht das Wort ins Auge, als sie sich in einer Nacht die Website der Schweizer Sterbehilfeorganisation ansieht. Sie fragt sich, was es wohl bedeutet, und lässt es sich auf Französisch übersetzen: »Autodétermination«. Davon ausgehend erfolgt ein assoziatives Spiel mit Wörtern, das ihre Gefühlswelt gegenüber dem Suizidwunsch des Vaters offenbart: »Autodestruktion, Terminator, Detonation, vermintes Terrain. Mein Kopf explodiert« (ebd.: 91f.). Der sprachliche Stolperstein, der durch das Wort »Selbstbestimmung« in den Text eingebaut wird, bringt das Unvermögen der Tochter zum Ausdruck, den väterlichen Wunsch in ihre eigene Sprache zu übersetzen und damit als ein geteiltes Anliegen zu begreifen. Wenngleich *Alles ist gutgegangen* auf jegliche Art der theoretischen Auseinandersetzung mit der Rolle der Selbstbestimmung in der französischen Sterbehilfedebatte verzichtet, führt Bernheims Text doch vor, dass der Wert individueller Selbstbestimmung durch die menschliche Beziehungsverbundenheit immer auch eine Kehrseite haben kann. Denn mag der Suizid für den Vater auch ein autonomer Akt der Befreiung von Schmerz und Leid bedeuten, so löst er genau dieses negative Erleben in der Tochter aus, die ihren eigenen Wunsch, den Vater bei sich zu behalten und nicht an seinem Sterben beteiligt zu sein, schlussendlich seinem Willen unterordnet. Weniger offensichtlich ist hingegen, dass die Szene der einsamen nächtlichen Internetrecherche auch im weiteren Sinne die Unübersetzbarkeit des Konzepts der »Selbstbestimmung« versinnbildlicht. Diese gründet nicht zuletzt in der kulturellen Diversität bioethischer Debatten in Bezug auf die Sterbehilfe. Bernheims Text setzt sich nicht nur mit einem allgemeinen Suizidwunsch und der Anspruchshaltung des Vaters auseinander, dass seine Tochter ihm bei der Ausführung helfen solle. Das gesetzliche Verbot in Frankreich bringt zudem zwingend einen Suizidtourismus in die Schweiz mit sich, was eine geografische Grenzüberschreitung, gleichzeitig aber auch eine sprachliche und kulturelle bedingt – nicht zuletzt in Bezug auf die Rolle, die das Konzept der Selbstbestimmung im jeweiligen soziokulturellen Kontext und als Teil des Gesundheitswesens spielt. Obgleich »Selbstbestimmung« nicht gleichbedeutend ist mit »Autonomie«, werden die beiden Begriffe oft synonym verwendet. Durch Tom Beauchamps und James Childress' kanonischen Text *Four Principles of Biomedical Ethics* (1979) bilden die Patientenautonomie und ihre Respektierung zweifellos einen Grundpfeiler der Bioethik seit ihren Anfängen. Jedoch, und dies zeigen die Bioethikerinnen Marie Gaille und Ruth Horn (2013: 216), wurde gerade das Konzept der »Patientenautonomie« im Rahmen der französischen Sterbehilfedebatten lange als ein fremdes »anglo-amerikanisches Prinzip« verhandelt. Zwar

hat die Rolle der Patientenautonomie seit der Einführung der Palliative Care in Frankreich in den 1980er Jahren an Wert gewonnen, aber in einem Gesundheitssystem, welches, wie Gaille und Horn zeigen, entgegen einer liberalen Tradition die Solidarität mit der Verletzlichkeit der Patient*innen und die Verantwortung der Ärzt*innen in Bezug auf ihre Patient*innen in den Vordergrund stellt, ist der solidarische Wert von »accompagnement« (Begleitung) immer noch bedeutender als der der Selbstbestimmung (vgl. Horn 2013; vgl. Gaille/Horn 2016). Die aktuellen Debatten in Frankreich und nicht zuletzt die eindeutige Stellungnahme des von Präsident Emmanuel Macron eingesetzten Bürgerrats für eine Legalisierung der Sterbehilfe im April 2023 deuten sicherlich darauf hin, dass in Frankreich ein kultureller Wandel im Gange ist. Bernheims Stolpern über das vom Schweizer Sterbehilfeverein so prominent gesetzte Wort »Selbstbestimmung« bleibt jedoch auch vor diesem Hintergrund eine Erinnerung daran, dass die Akzeptanz einer Praxis des assistierten Suizids immer auch kulturell begründet ist und dass das Prinzip der Selbstbestimmung auch eine eigene nationale Geschichte hat.

Die Erzählerin in Bernheims Text gibt ihren Gefühlen wiederholt auch durch bildhafte Assoziationen Ausdruck. Als die Schweizer Sterbehelferin ihr den Ablauf eines assistierten Suizids erklärt, drängt sich ihr unvermittelt eine Szene aus Richard Fleischers Science-Fiction-Film *Soylent Green* (1973) ins Bewusstsein:

»Ich sehe eine grauenvolle Zukunft vor mir, [...] und Edward G. Robinson, der, entschlossen, mit seinem Leben schlusszumachen, als kleines Männchen ein riesiges weißes Klinikgebäude betritt, sich am Schalter in die Schlange stellt, die Musik auswählt, die er in seinen letzten Augenblicken hören will; und dann liegt er in einem schmalen Bett, gut zugedeckt wie ein Kind, nimmt den Trank zu sich, den ihm ein Mann und eine Frau in weißen Kitteln reichen, und schließlich schläft er friedlich ein, eingelullt von Beethovens Pastorale. Nicht mein Vater.« (Bernheim 2014: 100)

Der Bezug zur Verfilmung von Harry Harrisons dystopischem Roman *Make Room! Make Room!* aus den 1960er Jahren, die eine von Umweltverschmutzung und Überbevölkerung geprägte dunkle Zukunftsvision für New York im Jahr 2022 entwirft, ist ein vielschichtiges Motiv in Bernheim Texts. In *Soylent Green* verkörpert der Hauptdarsteller Edward G. Robinson die Rolle des Sol, der sich als einer der wenigen noch an eine Welt vor der Klimakatastrophe – mit Tieren, Natur und echter Nahrung – erinnern kann, jedoch entdecken muss, dass das angeblich pflanzenbasierte Nahrungsmittel »Soylent Grün« aus Menschenfleisch produziert wird. Von dieser Entdeckung in die Verzweiflung getrieben, sucht Sol selbst die Tötungsanstalt der Stadt auf, in der für jede*n Bürger*in die Möglichkeit besteht, durch einen assistierten Suizid angenehm und ruhig zu entschlafen. Bernheims Bezug zu *Soylent Green* webt einen gesellschaftskritischen Ansatz in *Alles ist gutgegangen* ein. Denn die fast unmerkliche Verknüpfung der Thematiken des assistierten Suizids und der Klimakatastrophe (obgleich diese im Text nie konkret verhandelt wird) verankert die Idee im Text, dass ein assistierter Suizid schlussendlich Teil einer Sterbeindustrie ist, welche selbst das Resultat einer Gesellschaft ist, die an den Folgen ihres eigenen Wachstums zugrunde geht. Gleichzeitig ist die Gestik des Verweisens auf ein anderes, filmisches Dokument über einen assistierten Suizid und die Rolle, die dieser Bezug in Bernheims Text spielt, auch häufig in anderen zeitgenössischen autobio-

grafischen Texten über das Sterben anzutreffen (vgl. Elsner 2022: 695). Der Querverweis ist daher auch als eine Art Antwort zu sehen – was in *Soylent Green* noch dem Science-Fiction-Genre zugeordnet wird, ist nun autobiografischer Erfahrungsbericht geworden. Und die dystopische Vorstellung des Films bereitet Bernheims Erzählerin offenbar tatsächlich großes Unbehagen, denn sie drängt sich ihr im Verlauf des Textes abermals auf, als der Anwalt ihr mitteilt, dass sie den Vater nicht in die Schweiz begleiten solle: »Wieder *Soylent Green* und Edward G. Robinson, der winzig und mutterseelenallein das riesige, weiße Klinikgebäude betritt« (Bernheim 2014: 164). Als ihre Schwester dann aber wenig später beiläufig von der »Wohnung des Vereins« spricht, unterbricht die Erzählerin sie: »Hast du wirklich *Wohnung* gesagt?« Dieses neue Bild vom Sterbeort ihres Vaters bricht mit der Tötungsanstalt des Films und scheint den Tod ein Stück weit erträglicher zu machen: »Ich sehe zwei kleine Zimmer vor mir, Lampenschirme, einen alten Teppich auf dem knarrenden Parkett. Das Bild der großen weißen Klinik von Edward G. Robinson verschwindet endlich« (ebd.: 167).

»Alles ist gutgegangen« lautet nicht nur die Kunde aus Bern nach dem Suizid, sondern auch der Buchtitel. In Anbetracht der Bürde, die die Erzählerin während eines Dreivierteljahres zu tragen hatte, haftet dem »Alles« freilich auch eine subversiv-ironische Note an. Diese schafft nicht zuletzt auch eine Verbindung zu einem anderen französischen Text über das Sterben – allerdings im 20. Jahrhundert –, nämlich Simone de Beauvoirs autobiografischem Bericht über den Tod ihrer Mutter: *Ein sanfter Tod* (*Une mort très douce*, 1964). Auch dieser Text trägt als Titel den Satz, mit welchem de Beauvoir die Kunde vom Tod der eigenen Mutter vermittelt wird, in ihrem Fall von der diensthabenden Krankenschwester. Ähnlich bleibt jedoch, dass die letzten Monate der Mutter, nach einer unheilbaren Diagnose, welche der Patientin nicht einmal kommuniziert wird, und einer Reihe von sinnlosen Operationen und ungenügender Schmerzlinderung durch die behandelnden Ärzte, alles andere als sanft waren. De Beauvoir scheut jedoch nicht davor zurück, klarzustellen, dass die Mutter aufgrund ihrer sozialen und finanziellen Privilegien dennoch einen wesentlich sanfteren Tod hatte als viele andere in vergleichbaren Situationen. Ein ähnlich ambivalenter Ton schwingt auch in Bernheims *Alles ist gutgegangen* mit. Denn die Möglichkeit, die mit einem assistierten Suizid verbundenen Kosten überhaupt übernehmen zu können, um dem Wunsch des Vaters nachzukommen, ist ein impliziter Teil dieses Suizidtourismusrativs. Ein assistierter Suizid in der Schweiz stellt für Bernheims Vater daher in seiner individuellen, aber auch finanziellen Situation einen »guten Tod« dar, und im Rahmen dieser Annahme ist die Ausführung »gut« gegangen.

Überhaupt schafft Bernheims Text durchaus Verständnis für den assistierten Suizid des Vaters. Und zwar nicht nur weil die Tochter im Moment des Abschieds feststellt, dass er »glücklich aus[sieht]« (Bernheim 2014: 197), und sie aus der Schweiz erfährt, er sei bis zuletzt »guter Dinge« gewesen (ebd.: 206). Auch in ethischer Hinsicht erscheint sein Suizid legitim, indem die Erzählerin uns sein unerträgliches Leiden, das gemäß Schweizer Suizidhilfepraxis gegeben sein muss, ebenso deutlich vor Augen führt wie seinen unerschütterlichen Willen zu sterben – dies wohl auch der Grund, weshalb sie, trotz immer wieder gehegter Hoffnung, er werde seine Meinung noch ändern, seinen Wunsch erfüllte. Wir erleben den Vater fast ausschließlich in Krankenhauszimmern. Es sind nun aber nicht primär die physischen Aspekte infolge des Schlaganfalls, die sein Leiden verursa-

chen, denn mit gesundheitlichen Problemen hatte er immer wieder zu kämpfen gehabt und sie stets überwunden. Vielmehr sieht er, der Lebemann, der bis zuletzt unterwegs war in Restaurants, Kinos oder Kunstausstellungen, sich durch die erzwungene Immobilität von seinem Wesen entfremdet: »Das bin nicht ...« – begründet er sein abermals geäußertes Sterbeverlangen an seine Tochter – »NICHT MEHR ICH« (ebd.: 58). Und auch in einer Videoaufnahme, in der er seinen Willen festhält, führt er an: »Ich kann das, was ich geliebt habe, nicht mehr genießen. Nichts mehr« (ebd.: 170f.). Der Vater macht damit einen Identitätsbruch geltend, wie ihn die Gegenwartsliteratur häufig als ausschlaggebendes Suizidmotiv benennt (vgl. Keller 2024). Seine Entschlossenheit erkennt die Erzählerin bereits bei der erstmaligen Äußerung seiner Bitte: »Noch nie seit seinem Schlaganfall hat er so deutlich gesprochen.« Und danach habe er sie angelächelt: »Ein richtiges Lächeln, ein Lächeln wie früher« (Bernheim 2014: 46). Der Suizidwunsch stellt damit eine Kontinuität zu seinem authentischen, früheren Wesen her, wie ihn die Aussicht auf Beendigung seines Zustandes überhaupt immer wieder aufblühen lässt. Dies wird auch durch die Gegenüberstellung zweier Szenen am Anfang und am Ende gestaltet. Als die Erzählerin den Vater das erste Mal nach dem Schlaganfall erblickt, schreibt sie: »Allein in einem großen, beinahe leeren Zimmer und an unzählige Geräte angeschlossen, wirkt mein Vater winzig« (ebd.: 15). Die Wahrnehmung ihres hilflosen, von medizinischem Gerät abhängigen Vaters, die über das Adjektiv »winzig« abermals mit ihrer Soylent-Green-Assoziation korrespondiert, wird kontrastiert durch ihre Beobachtung, wenn der Krankenwagen, der ihn gleich in die Schweiz bringen wird, endlich eintrifft:

»Er hat sich aufgerichtet, er scheint sogar größer geworden zu sein.
Ich warte fast darauf, dass er aufsteht und losgeht.« (ebd.: 195)

Literatur

Bernheim, Emmanuèle: *Tout s'est bien passé*, Gallimard 2013.

Bernheim, Emmanuèle: *Alles ist gutgegangen*. Aus dem Französischen von Angela Sanmann, Berlin: Hanser 2014.

Elsner, Anna/Rampton, Vanessa: »Accompanied Only by My Thoughts: A Kantian Perspective on Autonomy at the End of Life«, in: *The Journal of Medicine and Philosophy: A Form for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 47(6) (2022), S. 688–700.

Gaille, Marie/Horn, Ruth: »The role of ›accompagnement‹ in the end-of-life debate in France: from solidarity to autonomy«, in: *Theoretical Medicine and Bioethics* 37(6) (2016), S. 473–487.

Horn, Ruth: *Le droit de mourir – Choisir sa fin de vie en France et en Allemagne*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes 2013.

Keller, Marc: »Ni toi sans moi, ni moi sans toi!« *Sterbehilfe als Liebestod in Literatur und Film der Gegenwart*, i.E. voraussichtlich 2024.

»Frau Doktor, können Sie mir nicht was geben, dass es vorbei ist?«

Die Rolle der Hausärzt*innen bei Sterbewünschen

Luise Farr

Einleitung

Von der Wiege bis zur Bahre, vom Mückenstich bis zum akuten Herzinfarkt, von der schnellen Impfung bis zur kompletten Gesundheitsuntersuchung – Hausärzt*innen sind für den Großteil der Bevölkerung in Deutschland, Österreich und der Schweiz die ersten Ansprechpersonen in Fragen zu Gesundheit und Krankheit (vgl. DEGAM 2002). Ihre Position als niedrighschwelliger Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem, ihr generalistisches Selbstverständnis und ihre hermeneutische Arbeitsweise prädestinieren sie dafür, auch mit Sterbewünschen und Anfragen zur Suizidassistentz kontaktiert zu werden. In verschiedenen Regionen der Niederlande erwiesen sich Hausärzt*innen als die am häufigsten an ärztlich assistierten Suiziden und Tötung auf Verlangen beteiligte Fachdisziplin (vgl. Koopmann/Putter 2016). Umso mehr überrascht es, dass Hausärzt*innen in die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen zur Neuregelung der Suizidassistentz in Deutschland nicht einbezogen wurden.

Im folgenden Kapitel soll ihre Rolle und Bedeutung im Hinblick auf die praktische Regelung des assistierten Suizids in Deutschland veranschaulicht werden. Hierzu werden einige Besonderheiten des hausärztlichen Selbstverständnisses und Arbeitens sowie deren Bedeutung für den Umgang mit Sterbewünschen in der hausärztlichen Praxis betrachtet. Wie dieser Umgang im Rahmen der Gegebenheiten einer hausärztlichen Sprechstunde verantwortbar gestaltet werden kann, wird anschließend in möglichen Implikationen für die Praxis dargelegt.

Hermeneutisch arbeitende Generalist*innen für jedermann und jedefrau

Nicht jeder Mensch ist in Behandlung bei einer* einem Fachärztin*arzt für Neurologie, Psychiatrie, Onkologie oder Palliativmedizin – zum Glück! Denn bei Weitem nicht alle haben eine Erkrankung, die die regelmäßige Behandlung durch eine dieser Fachdiszipli-

nen erforderlich macht. Dagegen braucht beinahe jede*r mal eine Krankschreibung, eine Impfung oder einen ärztlichen Rat, beispielsweise bei Rückenschmerzen, hartnäckigem Husten oder Niedergeschlagenheit. Für solche und viele weitere Konsultationsanlässe hat nahezu jeder Mensch eine*n Hausärztin*arzt.

Hausärzt*innen verstehen sich als Generalist*innen in der Medizin. Bei ihnen laufen viele Fäden zusammen, zum Beispiel in Form von Befunden mitbehandelnder Therapeut*innen und Fachspezialist*innen. Oft kennen sie aufgrund der in der Regel vorhandenen Wohnortnähe, der Möglichkeit zu Hausbesuchen und möglicherweise der Mitbetreuung von Familienmitgliedern auch das Wohn- und soziale Umfeld ihrer Patient*innen (vgl. WONCA Europe (Hg.) 2023: 7.11.15.). All diese Aspekte tragen zum einen dazu bei, dass sich im Rahmen einer längerfristigen hausärztlichen Betreuung eine besonders vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärztin*Arzt und Patient*in etablieren kann. Zum anderen ermöglichen sie Hausärzt*innen einen zeitlich, biografisch, fachlich und psychosozial erweiterten Blick um jede einzelne Konsultation herum.

Um an dieser Stelle Missverständnissen vorzubeugen: Hiermit soll weder der Anspruch erhoben werden, dass Hausärzt*innen allwissend sind, noch die Zuschreibung einer Allzuständigkeit impliziert werden. Eine gute medizinische und soziale Versorgung kann nur durch die kooperative Nutzung verschiedener Expertisen gewährleistet werden. Daher zählt es zu einer der Hauptaufgaben der hausärztlichen Primärversorgung, Patient*innen bei entsprechenden Indikationen und Fragestellungen zielgerichtet an Fachspezialist*innen und Therapeut*innen zu überweisen. Das angesprochene generalistische Selbstverständnis bezieht sich vielmehr auf eine Arbeitsweise, die sich nicht auf bestimmte Organsysteme oder Aufgaben fokussiert, sondern den Menschen – so, wie er das Sprechzimmer betritt – als Ganzes sieht (vgl. DEGAM [Hg.] 2012: 6; vgl. Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation [Hg.] 2011).

Hieraus ergibt sich ein hermeneutisches Fallverständnis. Damit ist einerseits gemeint, dass das Anliegen von Patient*innen multimodal betrachtet und behandelt wird. Mit dem bio-psycho-sozialen Konzept von Gesundheit und Krankheit (vgl. Engel 1977) als Grundlage, erweitert um spirituelle, existenzielle, kulturelle und ökologische Aspekte (vgl. DEGAM 2002; vgl. WONCA Europe (Hg.) 2023: 7.11.15), wird dabei dem Umstand Rechnung getragen, dass Beschwerden häufig multifaktoriell bedingt sind. Außerdem können sie im Leben von Patient*innen je nach Situation ganz unterschiedliche Auswirkungen und Funktionen haben, beispielsweise bezüglich der Arbeitsfähigkeit und der Gestaltung des Privat- und Familienlebens. Der Umstand, dass Hausärzt*innen ihre Patient*innen häufig bereits länger kennen, kann von Vorteil sein, um Konsultationen patientenzentriert und kontextbezogen zu verstehen und in einem zweiten Schritt Lösungen zu finden, die zu den Patient*innen und ihren individuellen Situationen passen. Im besten Fall beantworten Ärzt*innen die angesprochenen Beschwerden also nicht lediglich mit zielgerichtet ausgewählter Fachexpertise, sondern bemühen sich darum, mit den Patient*innen »Interpretationsgemeinschaften« (Bahrs 2012: 357) zu bilden. Voraussetzung dafür ist der Dialog. Nur so kann es gelingen, das individuelle Krankheitskonzept der Patient*innen einzubeziehen. Das Ziel besteht darin, gemeinsam mit Patient*innen Ansätze zu finden, mit denen ihre Probleme für sie verstehbar werden und

gemeinsam Strategien für den Umgang damit zu entwickeln, die für die Patient*innen kohärent sind und das medizinische Fachwissen der Ärzt*innen nutzen (vgl. ebd.).

Die beschriebene Herangehensweise ist insbesondere bei der langfristigen medizinischen Betreuung und bei komplexen Beratungsanlässen relevant. Ein solcher kann auch die Äußerung eines Sterbewunsches oder die konkrete Bitte um Suizidassistenten sein. Dazu, wie häufig solche Anfragen an Hausärzt*innen in Deutschland herangetragen werden, liegen zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Textes noch keine veröffentlichten Daten vor. In Abhängigkeit von soziodemografischen Gegebenheiten und weltanschaulichen Faktoren kann hier eine gewisse Heterogenität angenommen werden. Daran, dass Hausärzt*innen mit Sterbewünschen konfrontiert werden, besteht jedoch kein Zweifel (vgl. Schneider/Lindner/Giegling et al. [Hg.] 2021: 229).

Sterbewünsche im hausärztlichen Patient*innenklientel

Eine Betrachtung der soziodemografischen Daten, medizinischen Diagnosen und Motive von N=117 Personen, die zwischen 2010 und 2013 mithilfe der »Sterbehilfe Deutschland« (StHD, heute: Verein Sterbehilfe) Suizidassistenten in Anspruch genommen haben, verdeutlicht, dass ein bedeutender Anteil davon sich eher nicht in spezialisierter medizinischer Behandlung befand. Zwei Drittel waren mindestens 70 Jahre alt. Neben metastasierten Krebsleiden (25,6 %), schweren neurologischen Erkrankungen (20,5 %) und psychiatrischen Diagnosen (14,5 %) lautete bei fast einem Viertel die Diagnose altersassoziierte Erkrankungen oder Einschränkungen. Bei rund acht Prozent war physische und psychische Gesundheit vermerkt. Bezüglich der Motivation des Sterbewunsches gab rund ein Drittel den Verlust der Lebensperspektive im Angesicht einer schweren Erkrankung an, rund ein Viertel die Angst vor Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit und etwa ein Fünftel Lebensmüdigkeit ohne Vorliegen einer lebenslimitierenden Erkrankung. Lediglich ein Achtel nannte nicht behandelbare Symptome als Ursache für den Sterbewunsch (vgl. Bruns/Blumenthal/Hohendorf 2016).

Insbesondere die Älteren, die unter ihrer oft als einschränkend empfundenen altersbedingten Gebrechlichkeit leiden und sich um Abhängigkeit von anderen Menschen und Pflegedürftigkeit sorgen, vielleicht schon im Pflegeheim wohnen und daher auf Hausbesuche angewiesen sind, entsprechen einer vorrangig hausärztlich versorgten Personen-Gruppe. Auch außerhalb der in der Studie betrachteten kleinen Gruppe ist erwiesen, dass im Alter häufig Sterbewünsche geäußert werden und das Suizidrisiko (auch ohne Beihilfe) am höchsten ist (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157). Die Motive für den Sterbewunsch sind dabei meist multifaktoriell bedingt und wurzeln oft tief in der eigenen Biografie (vgl. ebd.; vgl. Castelli Dransart/Lapierre/Erlangsen et al. 2021: 428).

Die in oben genannter Studie betrachteten soziodemografischen, gesundheitlichen und motivationalen Daten legen nahe, dass ein wesentlicher Anteil der potenziell an Suizidassistenten interessierten Personen vorrangig hausärztlich betreut wird. Hieraus ergibt sich: Selbst wenn Hausärzt*innen nicht explizit in den juristischen und praktisch-organisatorischen Vorgaben auftauchen, werden sie nicht selten bei der Suizidassistenten eine Rolle spielen – mindestens als erste Ansprechpersonen und somit als Anlaufstelle zur informellen Beratung vor der eigentlichen Beratung.

Die informelle Beratung vor der Beratung: Kommunikation, Exploration und nicht immer Aktion

Was ist mit dieser »informellen Beratung vor der Beratung« konkret gemeint? Die erste Voraussetzung dafür ist selbstverständlich, dass der Sterbewunsch kommuniziert wird. Das kann geschehen, indem Patient*innen diesen direkt äußern. Allerdings ist das – vor allem in der besonders vulnerablen Gruppe der Älteren – nicht immer der Fall (vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 2; vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157). Daher ist es essenziell, dass Ärzt*innen in der Interaktion auch implizite Hinweise wahrnehmen und die Patient*innen darauf ansprechen (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157). Die Sorge, sie dadurch vielleicht erst auf die Idee zu bringen, sterben zu wollen oder sich (assistiert oder nicht) zu suizidieren, ist unbegründet (vgl. Dazzi/Gribble/Wessely/Fear 2014). Ganz im Gegenteil kann ein solches Gespräch sogar entlastend wirken (vgl. Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour [Hg.] 2012: 77; vgl. Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health World Health Organization [Hg.] 2000: 11). Die Patient*innen fühlen sich mit ihren wie auch immer gearteten Leiden wahrgenommen und wertgeschätzt. Das stärkt auch die Vertrauensbeziehung – eine wertvolle und wichtige Grundlage für die gemeinsamen nächsten Schritte.

Diese bestehen nicht darin, direkt zur Tat zu schreiben. Vermutlich ist die tatsächliche Suizidassistenz in den wenigsten Fällen die adäquate – im Sinne von: dem tatsächlich hinter der Anfrage stehenden Bedarf entsprechende – Antwort auf den geäußerten Sterbewunsch. Im Folgenden soll gezeigt werden, in welchen Dimensionen ein Sterbewunsch exploriert werden kann und welche (auch zur Suizidassistenz alternativen) Konsequenzen sich daraus ergeben können. Die Typologien und inhaltlichen Kategorien, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, entsprechen den Ergebnissen einer qualitativen Studie mit terminal an Krebs erkrankten Patient*innen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a und 2014b). Auch wenn die Charakteristika und Situationen der dort befragten Gruppe nicht uneingeschränkt auf Patient*innen mit Sterbewunsch in der Hausarztpraxis übertragbar sind, kann davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Abstufungen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a) und Dimensionen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b) des Sterbewunsches weitgehend vergleichbar sind.

Eine grundsätzliche Erkenntnis der Studie ist, dass es den pauschalen Sterbewunsch nicht gibt. Ohnsorge, Gudat und Rehmann-Sutter leiten aus ihrer Interviewstudie ein Abstufungssystem ab, das eine orientierende Einordnung der geäußerten Sterbewünsche im Hinblick auf die zugrundeliegende Intention erlaubt (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a: 1023). Bei der Betrachtung dieser Abstufungen in Tabelle 1 wird klar, dass bei Weitem nicht jeder Sterbewunsch gleichbedeutend mit der Bitte um Suizidassistenz ist oder überhaupt ein aktives ärztliches Tätigwerden verlangt.

Weiterhin wurden in den Interviews verschiedene Dimensionen hinsichtlich der Motivation des Sterbewunsches identifiziert: Gründe, Bedeutungen und Funktionen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 6ff.). Was auf den ersten Blick wie ein rein theoretisches Konstrukt wirkt, ist in der Interaktion mit Sterbewilligen und den daraus folgenden Konsequenzen durchaus von praktischer Relevanz. Denn in der Regel ist die

Äußerung eines Sterbewunsches eine Reaktion auf entweder bereits erfahrenes oder antizipiertes Leiden (vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 2). Dieses Leiden kann viele Gesichter haben und dementsprechend sehr unterschiedliche Antworten erfordern. In der Gruppe der Gesundheitsberufe findet sich eine breite Expertise für die Linderung verschiedenster Leiden. Es gehört zu ihren essenziellen Aufgaben, Leiden genauer zu explorieren und mit ihrem Fachwissen Vorschläge zu Linderungsmöglichkeiten zu unterbreiten. Hausärzt*innen haben an dieser Stelle eine zentrale Position, da sie a) durch die bereits dargelegte gute Kenntnis ihrer Patient*innen deren individuellen Leidenskontext gut wahrnehmen und einordnen können und b) im Idealfall durch ihre koordinierende Tätigkeit und Vernetzung mit verschiedensten Behandler*innen einen Überblick über die zur Leidenslinderung verfügbaren Möglichkeiten haben.

Tabelle 1: Intentionen (Absichten)

Wunsch zu leben
Akzeptanz des Sterbens
<p>Wunsch zu sterben</p> <p>Will nicht beschleunigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sieht dem Sterben entgegen 2. Hofft, dass das Sterben schneller geht 3. Wünscht zu sterben (will aber nicht beschleunigen) <p>Will beschleunigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Möchte hypothetisch beschleunigen (in der Zukunft) 5. Erwägt Beschleunigung, aber im Moment ist es keine (moralische) Option 6. Möchte Beschleunigung und es ist auch wirklich eine (moralische) Option
<p>Wille zu sterben</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bittet ausdrücklich 8. Lehnt lebensverlängernde Maßnahmen (Ernährung, Therapien) ab, um das Sterben zu beschleunigen 9. Unternimmt aktive Schritte, um das Sterben zu beschleunigen (Suizid, aktive Sterbehilfe)

Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a: 1023

Besonders naheliegend für das Ziel der Leidenslinderung erscheint die Exploration der *Gründe* für den Sterbewunsch. Gründe beschreiben in diesem Fall die Faktoren, die kausal für den Wunsch zu sterben empfunden werden. Die weitere Unterteilung in physische/somatische (z.B. Schmerzen, Übelkeit, Luftnot, ulzerierende Wunden, Inkontinenz), psychische (z.B. Unbehagen, innere Unruhe, Traurigkeit, Angst vor Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit), soziale (z.B. Einsamkeit, Verlust der sozialen Rolle, finanzielle Engpässe, Gefühl der Vernachlässigung) und existenzielle oder spirituelle Gründe (z.B. Verlust der Würde und Handlungsfähigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens) findet sich in mehreren Publikationen (vgl. Castelli Dransart/Lapierre/Erlangsen et al. 2021: 428; vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 8).

Bei der Thematisierung der Beweggründe für den Sterbewunsch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das deutsche Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil

deutlich gemacht hat, dass eine Bewertung dieser Gründe niemandem außer den Sterbewilligen zusteht (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020). Die Exploration dieser Gründe und eine Beratung zu möglichen Interventionen können jedoch wertungsfrei geschehen. Denn auf der anderen Seite darf auch nicht vergessen werden, dass mindestens die Leiden somatischer und psychischer Natur einen klaren Auftrag an medizinische Berufe darstellen, Leidenden Zugänge zu geeigneten Optionen der Symptomlinderung anzubieten und zu ermöglichen. Infolge einer adäquaten Symptomkontrolle, wozu nicht selten auch die Therapie einer möglicherweise bis dahin unentdeckten Depression gehört (vgl. Macleod 2012), nehmen viele Menschen nachweislich Abstand von ihrem Sterbewunsch (vgl. Sprung/Somerville/Radbruch et al. 2018: 199).

Auch auf soziale und spirituelle oder existenzielle Gründe kann in der Hausarztpraxis reagiert werden. Grundlegend dafür ist bereits das Erkennen und Ansprechen und damit Anerkennen von Belastungen in diesen Bereichen. In einigen Fällen können therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen zur Steigerung oder Erhaltung der Funktionalität und Teilhabe infrage kommen. Auch eine Veränderung der Wohn- und/oder Pflegesituation kann zu einer bedeutenden Verbesserung der Situation führen. Darüber hinaus können auch geeignete Institutionen oder Ansprechpersonen außerhalb des Gesundheitssystems vorgeschlagen und vermittelt werden, zum Beispiel Begegnungsstätten oder Seelsorgeangebote. Weiterhin kann es in manchen Fällen hilfreich sein, mit Zustimmung der Patient*innen Familienangehörige einzubeziehen.

Hinter der *Bedeutung* des Sterbewunsches steht meist ein größeres Narrativ, in dem sich persönliche Werte und moralische Verständnisse der Sterbewilligen reflektieren (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 7ff.). Das Eingehen darauf erscheint auf den ersten Blick schwierig, da es weder zu den ärztlichen Aufgaben noch Kompetenzen zählt, Werte und Moralvorstellungen einer Person zu beeinflussen. Das sollte auch nicht das Ziel der hier besprochenen informellen Beratung sein. Bei Betrachtung der exemplarischen Liste möglicher Bedeutungen bei Ohnsorge, Gudat und Rehmann-Sutter, mit der ausdrücklich kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird, fällt jedoch auf, dass einige davon infolge einer suffizienten Leidenslinderung an Gewicht verlieren könnten. Dazu gehören zum Beispiel Punkte wie die Beendigung des eigenen schweren Leidens, des wertlos gewordenen Lebens, einer als untragbar wahrgenommenen Situation oder das Verschonen anderer vor der eigenen Last. Andere Bedeutungen, etwa in eine andere Realität überzutreten (vgl. ebd.), werden eher nicht durch ärztliche Interventionen beeinflusst. Das müssen sie auch nicht. Ihre Exploration im offenen Gespräch kann dennoch hilfreich sein, um zur Reflexion des Sterbewunsches anzuregen, die Beziehung zwischen Ärztin*Arzt und Patient*in zu stärken und im Sinne des hermeneutischen Verständnisses bestenfalls in die bereits erwähnte »Interpretationsgemeinschaft« (Bahrs 2012: 357) zu gelangen.

Ähnlich verhält es sich mit der Reaktion auf die (nicht in allen Fällen vorhandenen) *Funktionen* des geäußerten Sterbewunsches. Diese können beispielsweise darin bestehen, überhaupt über das Sterben zu sprechen, in der Angst vor dem Tod das Bedürfnis nach Hilfe und Affirmation auszudrücken, ein Gefühl der Handlungsfähigkeit zu reetablieren oder Gesprächspartner*innen zu provozieren oder zu manipulieren (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 9f.). Auch wenn insbesondere die ersten Beispiele bei Hausarzt*innen formal richtig aufgehoben sind, sind solche Gespräche meist

nicht leicht zu führen. Von der hausärztlichen Seite lässt sich im Gespräch vielleicht kein klar zu definierendes Ziel ausmachen, auf das gemeinsam hingearbeitet werden könnte – was unter Umständen für den gesamten Konsultationsanlass rund um einen Sterbewunsch gelten kann, sofern sich daraus keine direkten therapeutischen oder organisatorischen Konsequenzen ergeben. Das auszuhalten, kann eine Herausforderung sein. Es steht im Kontrast zu den häufig eher kurzen, anlassbezogenen und zielorientierten Beratungsanlässen wie etwa in der Akutsprechstunde oder strukturierten DMP (Disease Management Programme) -Terminen, die meist den Praxisalltag bestimmen.

Doch Aktionismus und Eile sind beim Beratungsanlass Sterbewunsch – sofern es sich nicht um akute Suizidalität handelt – eher fehl am Platz. Stattdessen sollte die Bereitschaft für ein ergebnisoffenes Gespräch signalisiert (vgl. DEGAM [Hg.] 2022), aktiv zugehört (vgl. Rogers 1942) und im Dialog die Reflexion des Sterbewunsches gefördert (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 12) werden. Es gilt zu explorieren, was genau Patient*innen wollen und warum sie es wollen, um auf ihre individuellen Leiden eingehen zu können. Es gilt nachzuforschen, ob dem Sterbewunsch eine behandelbare Erkrankung oder andere Leiden zugrunde liegen, denen durch therapeutische, psychosoziale oder organisatorische Interventionen begegnet werden kann. Dabei ist es wichtig, Empathie, Zugewandtheit und Interesse zu zeigen und sich nicht zu Wertungen, Absolutionen oder gar einer Indikationsstellung zur Suizidassistentz hinreißen zu lassen.

Um all das in einer hier als »informelle Beratung vor der Beratung« bezeichneten, jedoch meistens nicht explizit als solche angekündigten Konsultation gewährleisten zu können, bedarf es in der Praxis einiger Veränderungen.

Implikationen für die Praxis

1. (Zeitliche) Räume für komplexe Gespräche schaffen

Damit die hausärztliche Praxis ihrem Anspruch, ein Ort für die niedrigschwellige Thematisierung von Sterbewünschen zu sein, gerecht werden kann, braucht es entsprechende Rahmenbedingungen. Zeit ist die wichtigste Ressource, um ein derartig komplexes Gespräch zu führen (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1; vgl. Schneider/Lindner/Giegling et al. [Hg.] 2021: 37, 158). Gleichzeitig ist sie die knappste. In einem auf effizientes und wirtschaftliches Arbeiten ausgerichteten Gesundheitssystem werden Gespräche und zeitliche Zuwendung kaum honoriert – insbesondere im Vergleich zu technisch-apparativen Maßnahmen. Damit werden zeitintensive Gespräche zum Verlustgeschäft – sowohl an Zeit als auch an Geld. Wenn auch die zur Verfügung stehende Zeit eines Arbeitstages kaum vermehrt werden kann, so ist es doch möglich und angemessen, die Vergütung zeitintensiver Gespräche anzupassen, um (auch wirtschaftlich) einen Raum dafür zu schaffen (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1; vgl. DEGAM [Hg.] 2012: 7).

2. Verankerung des Umgangs mit Sterbewünschen in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die allermeisten (Haus-)Ärzt*innen werden im Laufe ihres Berufslebens mit Sterbewünschen konfrontiert. Sowohl um flächendeckend eine qualitativ gute (Primär-)Versorgung bei diesem komplexen Beratungsanlass zu gewährleisten als auch um Krisensituationen der Ärzt*innen aufgrund von Überforderung etwa auf fachlicher, persönlicher und ethisch-moralischer Ebene vorzubeugen, bedarf es des Ausbaus bedarfsgerechter Fortbildungsmöglichkeiten (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1; vgl. Schneider/Lindner/Giegling et al. [Hg.] 2021: 35, 158). Da solche Anfragen an Ärzt*innen jeglicher Fachrichtung herangetragen werden können, sollte das Thema bereits in der medizinischen Aus- und Weiterbildung verankert werden. Neben Kenntnissen der geltenden gesetzlichen Regelungen sowie praktischer Handlungsmöglichkeiten (z.B. Therapiekonzepte zur Symptomkontrolle, Kenntnis sozialer Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten) und notwendigen Fachkenntnissen (z.B. Detektion von Depressionen [vgl. Balaguer/Monforte-Royo/Porta-Sales et al. 2016: 10]) sollten dabei zwei Aspekte im Fokus stehen: Die kommunikativen Fertigkeiten sowie die Reflexion der eigenen (moralischen) Haltung (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b: 12; vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1).

2.1 Kommunikative Fertigkeiten: Auf den Sterbewunsch gibt es keine Pauschalantwort

Was in Anbetracht der anzunehmenden Komplexität eines Sterbewunsches so selbstverständlich klingt, erweist sich in der Praxis häufig als sehr herausfordernd – umso mehr, da es sich nicht um einen allzu regelmäßigen Beratungsanlass handelt. Um genau dieser Komplexität im Gespräch gerecht zu werden, braucht es auf ärztlicher Seite zunächst ein entsprechendes Bewusstsein dafür, damit die mannigfaltigen potenziell dahinterstehenden Leidensaspekte überhaupt wahrgenommen und/oder adressiert werden können (vgl. Castelli Dransart/Lapierre/Erlangsen et al. 2021: 428). Dafür ist das Wissen um die unterschiedlichen Dimensionen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014b) und Ausprägungen (vgl. Ohnsorge/Gudat/Rehmann-Sutter 2014a: 1023) eines Sterbewunsches fundamental.

Allein all diese inhaltlichen Aspekte präsent zu haben und wahrzunehmen kann herausfordernd sein. Dabei empathisch und ergebnisoffen zu kommunizieren, verleiht dem Ganzen einen weiteren Schwierigkeitsgrad. Es genügt nicht, zu erkennen, dass Patient*innen in Anbetracht zunehmender Gebrechlichkeit belastet sind und Angst vor Pflegebedürftigkeit haben, um dann mit Plattitüden zu antworten und zu erklären, dass das der ganz normale Verlauf des Älterwerdens sei und schon viele andere besser damit zurechtgekommen seien, als sie anfangs dachten (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 159f.). Die Frage nach dem Wie der Kommunikation sollte dementsprechend ebenso in Fortbildungsveranstaltungen adressiert werden wie die Frage nach dem Was. Hilfreich könnte hier beispielsweise der vielen Ärzt*innen bereits aus ihrem Studium bekannte Ansatz der non-direktiven Gesprächsführung nach Carl R. Rogers sein (vgl. Rogers 1942).

2.2 Reflexion der eigenen Haltung

Ein empathisches, ergebnisoffenes Gespräch zu führen, dürfte für Ärzt*innen umso herausfordernder sein, wenn der geäußerte Sterbewunsch mit ihren eigenen Werten und Moralvorstellungen kollidiert (vgl. SAMW [Hg.] 2019: 66). Sowohl die Deutung des Sterbewunsches als auch die Reaktion darauf sind mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentlich von der eigenen Weltanschauung geprägt (vgl. Kruse 2022: 193). Praktisch resultieren könnten daraus im Gespräch beispielsweise das Einnehmen einer ablehnenden Haltung gegenüber den Patient*innen und ihren Anliegen, übermotivierter Überzeugungsversuche zum Leben oder aber ein überschwängliches Verständnis und die vorschnelle Unterstützung des Sterbewunsches. Um aber offen und dialogfähig für andere Sichtweisen zu sein, echte Empathie zu vermitteln und adäquat auf die Leidensperspektive der Sterbewilligen eingehen zu können, ist es notwendig, die eigenen Wert- und Moralvorstellungen von denen der Patient*innen abzugrenzen. Die Voraussetzung dafür ist eine ehrliche Auseinandersetzung mit der persönlichen Haltung zu Leben, Tod und Sterben (vgl. ebd.; vgl. SAMW [Hg.] 2019: 66; vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1). Eine solche Selbstreflexion kann anstrengend und unangenehm sein. Wenngleich eine Fortbildungsveranstaltung von (maximal) wenigen Stunden kaum einen vollständigen Reflexionsprozess gewährleisten kann, können hier zumindest Impulse zur weiteren Auseinandersetzung gesetzt und ein geschützter Raum zum Austausch geboten werden (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 1).

3. Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Bei Sterbewünschen spielen psychische und psychiatrische Erkrankungen häufig eine Rolle (vgl. Macleod 2012). Nicht alle davon sind zuvor bekannt, geschweige denn behandelt. Während grundlegende Kenntnisse zu Diagnostik und Ausschluss psychischer Erkrankungen durchaus in den Kompetenzbereich von Hausärzt*innen fallen, ist es für die Behandlung häufig sinnvoll, psychotherapeutisches und/oder psychiatrisches Fachwissen hinzuzuziehen. Allerdings zeigt sich hier eine zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot von Psychotherapieplätzen, die sich beispielsweise in einer durchschnittlichen Wartezeit von rund 20 Wochen bis zum Therapiebeginn äußern (vgl. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. [Hg.] 2021: 73). Eine Verbesserung der Versorgung ist hier dringend vonnöten. Mögliche Schritte diesbezüglich wären etwa die weitere Verringerung der Hürden in der psychotherapeutischen Ausbildung und Niederlassung beziehungsweise deren ausdrückliche Förderung in unzureichend versorgten Regionen. Diese Forderung ist mit Blick auf die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen sowohl für die allgemeine medizinische Versorgung als auch für eine niedrigschwellige psychiatrische Mitbegutachtung und gegebenenfalls -behandlung von Patient*innen mit Sterbewunsch relevant (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 2).

4. Lebenswert für Ältere erhalten

Insbesondere in der vulnerablen Gruppe der Älteren muss sichergestellt werden, dass der Sterbewunsch nicht als eine Lösungsmöglichkeit für gesellschaftliche Probleme gesehen wird – etwa, um einem als lebensunwert empfundenen Dasein im Pflegeheim zu entfliehen (vgl. ebd.). Dieser Appell richtet sich nicht nur an gesprächsführende

Ärzt*innen, die diesen Aspekt explorieren, die zugrundeliegenden Leiden multimodal mit medizinischen und organisatorischen Mitteln zu lindern versuchen und den Patient*innen bei der (Re-)Aktivierung ihrer eigenen Ressourcen helfen sollten (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 159f). Ebenso gemeint ist eine notwendige Stärkung der Alten- und Krankenpflege (vgl. DEGAM [Hg.] 2022: 2), die im Pflegefall nicht selten mehr Zeit mit einem Menschen verbringt als die eigene Familie. Schließlich ist auch gesamtgesellschaftliches Engagement gefordert, um die Teilhabe älterer Menschen am Leben trotz möglicher Einschränkungen zu erhalten und offen dafür zu sein, das Alter weniger als abschreckend und defizitär wahrzunehmen und zu kommunizieren (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider et al. 2022: 157, 159), als es momentan häufig der Fall ist. Denn eine wertschätzende Wahrnehmung im und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben können maßgeblich dazu beitragen, das Leben auch im Alter als lebenswert zu empfinden.

5. Einbeziehung von Hausärzt*innen in die Ausgestaltung der Regelungen zur Suizidassistentz

In diesem Beitrag wurde aufgezeigt, dass Hausärzt*innen aufgrund ihrer Position im Gesundheitssystem und einer oftmals besonderen Vertrauensbeziehung zu ihren Patient*innen prädestiniert dafür sind, mit Sterbewünschen und Anfragen zur Suizidassistentz konsultiert zu werden. Weiterhin wurde illustriert, dass sie aufgrund ihrer Arbeitsweise und Eingebundenheit in die ambulanten Versorgungsstrukturen über hilfreiche Kompetenzen verfügen, um den Sterbewunsch kontextbezogen einordnen und gegebenenfalls Möglichkeiten zur Leidenslinderung anbieten zu können. Wenn es darum geht, infolge des Urteils des deutschen Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 zur Suizidassistentz (Bundesverfassungsgericht 2020) anwendbare Regelungen zu gestalten und konstruktive Strukturen aufzubauen, wäre es sowohl hilfreich als auch angemessen, auf diesen Erfahrungsschatz zurückzugreifen. Die Kenntnis der Sichtweisen und Bedürfnisse der Hausärzt*innen in dieser Thematik ist ein wertvoller Baustein, um tatsächlich bedarfsgerechte, anwendungs- und praxisorientierte Entscheidungen auf der Regelebene treffen zu können. Daher soll die abschließende Implikation dieses Beitrags sein, (praktizierende) Hausärzt*innen möglichst früh in den Diskurs einzubeziehen, wenn es um Gesundheits- und Versorgungsfragen der breiten Bevölkerung geht – wie etwa rund um den Umgang mit Anfragen zum assistierten Suizid.

Literatur

- Bahrs, Ottomar: »Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung«, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 88 (2012), S. 355–361.
- Balaguer, Albert/Monforte-Royo, Cristina/Porta-Sales, Josep et al.: »An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors«, in: *PLOS One* (11), e0146184 (2016).

- Bruns, Florian/Blumenthal, Sandra/Hohendorf, Gerrit: »Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland. Medizinische Diagnosen und persönliche Motive von 117 Suizidenten«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 141 (2016).
- Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343, https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html vom 26.02.2020.
- Castelli Dransart, Dolores A./Lapierre, Sylvie/Erlangen, Annette et al.: »A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide«, in: *Aging & Mental Health* 25 (2021), S. 420–430.
- Dazzi, Tommaso/Gribble, Rachael/Wessely, Simon/Fear, Nicola T.: »Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?«, in: *Psychological Medicine* 44 (2014), S. 3361–3363.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hg.): DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin, https://www.degam.de/files/Inhalte/DEGAM-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf vom 15.11.2012.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hg.): Fachdefinition Allgemeinmedizin (2002), <https://www.degam.de/fachdefinition>, abgerufen am 27. September 2023.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hg.): Positionen der DEGAM zur hausärztlichen Rolle beim assistierten Suizid, https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/20220830_Papier_DEGAM_Suizidassistentz.pdf vom 30.08.2022.
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (Hg.): Report Psychotherapie 2021, https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DpTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf vom 10.05.2021.
- Engel, George L.: »The need for a new medical model: a challenge for biomedicine«, in: *Science* 196 (1977), S. 129–136.
- Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation (Hg.): Guiding patients through complexity: modern medical generalism. Report of an independent commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation, https://www.rcgp.org.uk/getmedia/5fc2f581-3305-44ca-bbde-cbd96a4492bb/COMMISSION_REPORT_ON_MEDICAL-GENERALISM-_rev_7-OCTOBER-2011.pdf vom 07.10.2011.
- Koopmann, Jacob J. E./Putter, Hein: »Regional variation in the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands«, in: *The Netherlands Journal of Medicine* 74 (2016), S. 387–394.
- Kruse, Andreas: »Sich in das Erleben schwer kranker und sterbender Menschen einschwingen. Antworten auf das Todes- und Selbsttötungsverlangen«, in: Joachim Küchenhoff/Martin Teising (Hg.): *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid*, Gießen: Psychosozial-Verlag 2022, S. 177–197.
- Lindner, Reinhard/Drinkmann, Arno/Schneider, Barbara et al.: »Suizidalität im Alter«, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 55 (2022), S. 157–164.

Suizidhilfe durch Ärzt*innen - zwischen Dürfen, Können und Sollen

Beate Winkler

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 sehen sich Ärzt*innen zerrissen zwischen einer formalen Erlaubnis, Suizidhilfe durchzuführen, zudem mit der Erwartung steigender Anfragen durch ihre Patient*innen konfrontiert, und der Ablehnung der Maßnahme durch Kirchen und zum Teil die eigenen Berufsverbände sowie der fehlenden Rahmenbedingungen durch die Politik und innerhalb der Institutionen. Wie sollen sich Ärzt*innen im Angesicht der Not ihrer Patient*innen zwischen diesem Dürfen, und Doch-nicht-richtig-Dürfen, und Sollen, oder Vielleicht-besser-niemals-Sollen, selbst bei ausreichendem Können, richtig verhalten?

Einleiten möchte ich mit einem Fallbeispiel:

M. ist neunzehn. Seine Diagnose lautet Rezidiv eines Sarkoms der Nasennebenhöhle. Sein Leiden ist etwas anderes. Er hat die Chemotherapie und Strahlentherapie über sich ergehen lassen, obwohl etwas in ihm immer gesagt hat, dass es nicht helfen wird. Der rasche Rückfall, erneute Therapie, wieder war er im Krankenhaus, das er hasst. Und er hat recht behalten. Es hat alles nichts gebracht. Der Krebs ist aus seiner Nase gequollen, er hat inzwischen das gesamte Gesicht zerfressen, liegt wie eine Maske vor diesem. M. ist blind. Damit sehr hilfsbedürftig. Er kann nicht mehr riechen. Das ist von Vorteil. Sein Tumor, und damit er, der untrennbar mit ihm verbunden ist, stinkt. Er kann noch etwas sprechen, aber nicht mehr essen. Die Magensonde in seinem Mund ist ihm heilig. Er hat Angst, dass sie herausrutscht und niemand mehr eine neue hineinbekommt. Zudem die Angst, dass der Tumor weiterwächst, ihm langsam die Kehle zuschnürt und ihn röchelnd ersticken lässt. Er hat auf Halloween hingelebt. Er wollte noch einmal raus, ohne sich zu verhüllen. Und er hat es getan, zusammen mit seinen Freunden, die ihn, seine tumoröse Maske, als Muster für ihr eigenes Schminken genommen haben. Sie haben erzählt, gelacht, ihn draußen geführt. Zusammen haben sie die Welt erschreckt, die sich öffnenden Haustüren, entsetztes Luftholen. Seine Freunde haben ihm das Grauen beschrieben, das sich in die Gesichter gemalt hat. Heute ist der Morgen danach. Er wartet auf seine Ärztin, eine Onkologin und Palliativmedizinerin. Sie hat immerhin seine Schmerzen unter Kontrolle gebracht und sie kann zuhören. Seine Hand gleitet tastend über die Sonde, die in seinem Mundwinkel hängt, die ihn am Leben hält. Hierüber könnte er sich selbst eine tödliche Substanz verabreichen. Er will in kein Krankenhaus. Er möchte zu Hause sterben. Er möchte nicht

verhungern oder verdursten. Er war so lange krank. Er hat all die Therapien mitgemacht, weil sie ihn überredet haben. Sein Sterben soll anders sein als seine Krankheit. Es soll schnell sein und unter seiner Kontrolle. Er möchte selbst entscheiden, wann, wie und wo er stirbt, und wer bei ihm ist. Die Ärztin soll sein Sterben nicht steuern, ihm nur die Substanz zur Verfügung stellen. Es ist sein letzter Wunsch. Heute wird er sie nach der Todes-Substanz fragen.

Der geschilderte Fall basiert auf der Erfahrung mit einem Patienten aus unserer Abteilung, ist aus Anonymitätsgründen in den medizinischen Details verändert. Das Gedankengut des Patienten ist zum Teil fiktiv. Er soll stellvertretend beschrieben sein für Menschen, die krankheitsbedingt ein hohes Maß an Leid aushalten müssen, die für sich beschließen, dass ihr Leben so für sie nicht mehr lebenswert ist, und die ein ohnehin nahes Sterben beschleunigen möchten und meinen, nicht bis zum »bitteren Ende« durchhalten zu können. Dem Patienten in den Mund gelegt ist die Haltung, dass er selbst es sein möchte, der sein Sterben steuert, nach monatelanger Abhängigkeit und von ihm als aufgezwungen empfundener Therapie. Es geht dem jungen Mann um die Selbstbestimmung seines Sterbeprozesses. Wenn dieser Wunsch nach Selbstbestimmung die Frage nach einem assistierten Suizid begründet, kann die ärztliche Antwort *nicht* eine terminale Sedierung unter Vorenthaltung von Nahrung und Flüssigkeit sein, weil sie den Patienten seiner Autonomie beraubt. In anderen Situationen, in denen das Leiden an sich im Vordergrund steht, könnten Ärzt*innen eine terminale Sedierung, die als außergewöhnliche medizinische Maßnahme möglich und erlaubt ist, mit Sterbewilligen als alternative Option besprechen.

Ein Urteil zum Suizid und die Frage zur Rolle der Ärzt*innen bei einer Suizidassistenz

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26. Februar 2020¹ den §217 des Strafgesetzbuchs für nichtig erklärt und Suizidwilligen das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben zuerkannt, verbunden mit der Möglichkeit, sich hierbei helfen zu lassen. Durch die Aufhebung des §217 kam es in der Folge zu einer Änderung der ärztlichen Musterberufsordnung durch die Streichung des Satzes »er [der Arzt] darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.«² Während es Ärzt*innen somit juristisch erlaubt ist, Hilfe zum Suizid zu leisten, fehlt aktuell die Ausgestaltung der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, unter denen eine Suizidassistenz erfolgen soll. Der Bundestag hat am 6. Juli 2023 in 2./3. Lesung zwei vorgelegte Gesetzesentwürfe zur Reform der Sterbehil-

1 Gemeint ist das Urteil vom 26.02.2020, das das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärte: 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16.

2 Beispielhaft sei hier die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000 i.d.F. vom 17.12.2018 genannt. Hier heißt es in »§16 Beistand für den Sterbenden: Der Arzt hat dem Sterbenden unter Wahrung seiner Würde und Achtung seines Willens beizustehen. Es ist ihm verboten, einen Patienten auf dessen Verlangen zu töten. Er darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.« Der letzte Satz wurde gestrichen.

fe abgelehnt.³ Somit sehen sich Ärzt*innen in ihrer individuellen Beziehung zu ihren Patient*innen vor die Herausforderung gestellt, wie sie *heute* mit Wünschen seitens ihrer Patient*innen nach Suizidassistenten umgehen sollen. Schwer kranke Patient*innen, die aufgrund ihres von ihnen als unerträglich empfundenen Leidens heute Suizidhilfe wünschen, können nicht auf die fehlende Regelung warten. Die mit diesem Wunsch herausgeforderten Ärzt*innen können sich nicht mehr auf ein gesetzliches Verbot zurückziehen, wie es zwischen 2015 und 2020 möglich war.⁴ Individuellen Entscheidungen im Arzt-Patient-Verhältnis wird Raum gegeben und Ärzt*innen müssen mit ihren Patient*innen, in deren spezieller Situation, entscheiden, ob sie zu einer Suizidassistenten bereit sind. In der Bevölkerung ist die Zustimmung für einen straffreien assistierten Suizid groß, und sie steigt an. In einer Umfrage aus dem Jahr 2019 unterstützten 69 Prozent der Befragten einen assistierten Suizid, im Jahr 2021 75 Prozent.⁵ Weltweit zeigt sich in mehreren Ländern eine zunehmend liberalere Haltung zum assistierten Suizid (vgl. Mroz/Dierickx/Delien 2020). Es ist damit zu rechnen, dass die Zahl der Anfragen nach einem assistierten Suizid in Deutschland steigen wird.^{6,7}

Da sich das Urteil des Bundesverfassungsgerichts allein auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2, Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1, Abs. 1 des Grundgesetzes beruft⁸ und Menschen in unserem Lande darauf fußend ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Akt autonomer Selbstbestimmung zugesteht, werfen sich weitere Fragen auf, unter anderem wo die Rolle der Ärzt*innen in der Assistenz zum Suizid liegen soll. Nach

-
- 3 Gemeint ist zum einen der Gesetzentwurf 20/904 von Dr. Castellucci et al. unter dem Titel »Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung«, in dem erneut eine Regelung der Suizidhilfe im Strafgesetzbuch vorgesehen ist, die die geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellt, aber Ausnahmen formuliert, unter denen die Suizidhilfe nicht rechtswidrig wäre; zum anderen der zusammengelegte Entwurf der Gruppen von Helling-Plahr et al. (20/2332) »Entwurf eines Gesetzes zur Suizidhilfe« und Künast et al. (20/2293) »Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze«. Beide Entwürfe waren fraktionsübergreifend, keiner der Entwürfe konnte in der namentlichen Abstimmung eine Mehrheit erreichen.
 - 4 Inkrafttreten des §217 »Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung« am 10.12.2015.
 - 5 Die internationale Data&Analytics Group YouGov hat je etwa 2000 Personen ab 18 Jahren befragt. Die Zustimmung war in der Altersgruppe ab 55 Jahre am höchsten. Quelle: <https://yougov.de/topics/health/articles-reports/2021/05/05/zustimmung-zu-legalisierung-aktiver-sterbehilfe-wa>, zuletzt abgerufen am 05.08.2023.
 - 6 Zwischen März 2017 und September 2020 wurden 190 Anträge auf Pentobarbital von Privatpersonen beim BfArM gestellt, davon 16 zwischen Mai und September 2020. Auf Weisung des Bundesgesundheitsministeriums wurden diese alle negativ beschieden. Quelle: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/190-Antraege-auf-ein-toedliches-Medikament-412956.html>, abgerufen zuletzt am 05.08.2023.
 - 7 Auf eine Anfrage der Gruppe um Helling-Plahr erwiderte der Bundestag in der Drucksache 19/9847 vom 02.05.19, es haben 91 Anträge beim BfArM vorgelegen, die alle abgelehnt wurden.
 - 8 Aus dem unter 1 genannten Urteil: Leitsatz 1 a) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts *dürfen* Ärzt*innen Suizidhilfe leisten,⁹ es darf jedoch niemand *verpflichtet werden*, Suizidhilfe zu leisten, Ärzt*innen müssen also nicht Suizidhilfe leisten.¹⁰ Bei fehlendem Bezug auf mögliche Situationen, in denen eine Suizidhilfe angemessen sein soll, zum Beispiel eine extreme Notlage,¹¹ stellt sich umgekehrt jedoch die Frage, ob es Situationen bei Suizidwilligen gibt, in denen Ärzt*innen Suizidhilfe leisten *sollten*, weil kein anderes Mittel der Leidenslinderung adäquat erscheint. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts wendet sich nicht primär an Ärzt*innen als mögliche Suizidassistent*innen, sondern erlaubt die Hilfe zum Suizid zunächst allen Bürger*innen, daher stellt sich zudem die Frage, ob die Suizidassistenten unter fachlichen Gesichtspunkten primär an Ärzt*innen zu delegieren ist, ob diese über spezifische Fähigkeiten verfügen, die sie für eine Suizidassistenten prädestinieren. Die oben genannten vorliegenden Gesetzesentwürfe sehen alle eine Rolle der Ärzteschaft vor. Länder, in denen Suizidhilfe und/oder eine Tötung auf Verlangen rechtlich erlaubt ist, binden diese an den ärztlichen Berufsstand (wenigstens, was die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit und die Ausstellung eines Rezepts betrifft) – dennoch muss die Frage erlaubt sein: Verfügen Ärzt*innen über ein spezifisches Können, so dass primär ihnen eine Rolle beim unterstützten Suizid zugeordnet werden soll?

Die Fragen, ob Ärzt*innen Suizidhilfe leisten dürfen, können und/oder sollen, werden in den folgenden Abschnitten nacheinander beleuchtet.

Dürfen

In der Schweiz ist seit 1942 der assistierte Suizid unter bestimmten Bedingungen legal. 2002 wurden sowohl in den Niederlanden als auch in Belgien der assistierte Suizid und die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen gesetzlich erlaubt. In den folgenden Jahren legalisierten 16 Bundesstaaten in den USA einen ärztlich assistierten Suizid (aber keine Tötung auf Verlangen), in Kanada ist seit 2016 sowohl ein ärztlich assistierter Suizid als auch eine Tötung auf Verlangen erlaubt (vgl. Mroz/Dierickx/Delien 2020).

Man kann die Niederlande als Modellland sehen, in dem der assistierte Suizid und die Tötung auf Verlangen offen durchgeführt werden und eine klare Erfassung der Fälle vorliegt. In den Niederlanden gibt es zudem ein Netzwerk von Konsultationsärzt*innen, die den behandelnden Ärzt*innen für eine Zweitmeinung zur Verfügung stehen,

9 Leitsatz 1c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

10 Leitsatz 6: Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

11 Urteil des Bundesverwaltungsgerichts 2017: BVerwGE 3C 19.15, OVG 13 A 1299/4, Leitsatz 4: Eine extreme Notlage ist gegeben, wenn – erstens – die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können, – zweitens – der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm – drittens – eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht. – In diesem Urteil ging es die Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital.

wenn ein*e Patient*in mit einem Sterbewunsch auf ihre*n Ärztin*Arzt zukommt. Über die Jahre scheint sich unter diesem offenen Umgang mit der Sterbehilfe langsam eine Art »Indikation« herauszubilden, wann eine Hilfe zum Sterben gesellschaftlich akzeptabel ist, respektive dafür, wann ein Leiden als unerträglich bezeichnet werden kann (vgl. Wijsbek 2012). In der niederländischen Gesetzgebung wird der assistierte Suizid und eine Tötung auf Verlangen nicht an sich gesetzlich freigegeben, sondern es müssen sechs Sorgfaltskriterien erfüllt sein, damit Ärzt*innen nach Durchführung einer Sterbehilfe straffrei bleibt. Zunächst muss der Sterbewunsch der Patient*innen freiwillig und nach reiflicher Überlegung entstanden sein, neben mehreren klassischen Kriterien (wie informed consent) muss der Zustand der Patient*innen aussichtslos und ihr Leiden unerträglich sein (vgl. The Dutch Termination of Life 2002). Hiermit formulieren die Niederlande etwas, das in einem Urteil des deutschen Bundesverwaltungsgerichts 2017 als »extreme Notlage« definiert wurde.¹¹

Interessanterweise enthält sich das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur Abschaffung des §217 der Forderung, dass eine solche extreme Notlage vorliegen müsse, damit ein (assistierter) Suizid rechtens ist. Es formuliert vielmehr ein primäres Recht des Einzelnen auf selbstbestimmtes Sterben, ist somit mehr ein Urteil zur Legalität des Suizids an sich. Die Hilfe zum Suizid taucht erst an zweiter Stelle auf (Leitsatz 1c): »Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen«.

Somit ist es rechtlich in Deutschland allen Bürger*innen erlaubt, einem anderen Menschen Suizidhilfe zu leisten, nur muss man sicher sein, dass der suizidwillige Mensch seinen Wunsch zum Suizid freiwillig ohne Druck von außen und frei von krankhafter Suizidalität getroffen hat. Das Urteil spricht nicht von einer Verpflichtung zur Hilfe. Eine besondere Rolle der Ärzt*innen wird in dem Urteil nicht formuliert. Dies scheint auch schwierig, wenn das Leiden, das einen Menschen in den Suizidwunsch treibt, unerheblich sein soll.

Dass Ärzt*innen gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts jetzt (wieder, wie vor 2015) beim Suizid helfen dürfen, führte zu einer notwendigen Änderung in der Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte durch Streichung des Satzes »er darf keine Hilfe zur Tötung leisten« (siehe oben). Die Entscheidung hierzu erfolgte im Mai 2021 auf dem 124. Ärztetag, jedoch unter erheblichen »Bauchschmerzen« der Beteiligten.¹² Maio kommentiert in seinem Artikel *Der assistierte Suizid und die Identität der Medizin*, dass das Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Ärzteschaft »im Grunde erpresst« (Maio, 2021).

Ich sehe nicht, dass die Freiheit für Bürger*innen und Ärzt*innen, bei einem Suizid helfen zu dürfen, einen Druck auf einzelne Ärzt*innen aufbaut, Suizidhilfe leisten zu müssen. Niemand kann nach dem Urteil zur Suizidhilfe verpflichtet werden, so dass Ärzt*innen weiterhin eine Suizidbeihilfe im Einzelfall, aber auch generell, ablehnen können. Mit der gerichtlichen Erlaubnis, beim Suizid assistieren zu dürfen, bleibt die Lage für Ärzt*innen vor Ort, die von ihren Patient*innen explizit um Hilfe zum Suizid angefragt werden, schwierig. Zahlreiche ärztliche Kolleg*innen sehen die Beihilfe zum Suizid

12 Wiedergegeben im Ärztblatt unter dem Titel »Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe« vom 05. Mai 2021. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123539>.

nicht als ärztliche Aufgabe an (vgl. Sahn 2021)¹³, sie sehen diese als nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar. Sowohl die evangelische und die katholische Kirche¹⁴ als auch die Fachgesellschaften für Palliativmedizin und Psychiatrie¹⁵ stellen sich gegen einen Suizid als »Problemlösung«. Die Lage ist jedoch zum Beispiel in den USA, wo nur in einigen Staaten der ärztlich assistierte Suizid erlaubt ist, nicht anders. Das American College of Physicians (ACP) stellt sich gegen die Durchführung eines assistierten Suizids durch Ärzt*innen (Snyder/Sulmasi/Mueller 2017: 576ff.).

Jurist*innen reagieren teils mit Unverständnis, wenn Ärzt*innen ihre eigene Unsicherheit als Grund angeben, eine Hilfe zum Suizid zu unterlassen. Es sei doch erlaubt. Dennoch scheint es vordringlich Aufgabe des Gesetzgebers, auf dem Boden des Urteils des Bundesverfassungsgerichts eine transparente und tragbare Lösung dafür auszuarbeiten, unter welchen Bedingungen ein (ärztlich) assistierter Suizid erlaubt sein soll. Solange diese rechtlichen Rahmenbedingungen nicht formuliert sind, werden Kliniken und Altenheime als Institutionen, in denen ein großer Teil der potenziellen »Zielgruppe« des Urteils in Behandlung oder Betreuung sind, sich kaum an die Erstellung von Leitlinien heranwagen, wie mit den Anfragen von Patient*innen und Bewohner*innen umzugehen ist. An einer Klinik beschäftigtem ärztlichen Personal ist es in der heutigen Lage de facto nicht möglich (obwohl gesetzlich erlaubt), einen assistierten Suizid offen anzubieten oder durchzuführen.

Auch eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, das eine Herausgabe von Pentobarbital bis heute unmöglich macht, ist wünschenswert, wenn der Zugang zu einem (ärztlich) assistierten Suizid durch eine oral einnehmbare Substanz für Sterbewillige mit größtmöglicher Sicherheit und Selbstständigkeit möglich sein soll.¹⁶

Ohne klar vorgegebene politisch, gesellschaftlich und innerhalb der Ärzteschaft akzeptierte Rahmenbedingungen ist das alleinige Dürfen durch ein Urteil unseres höchsten Gerichts nicht hinreichend, damit vor allem schwer kranken Patient*innen der Weg zu einem ärztlich assistierten Suizid eröffnet werden kann, ohne auf der anderen Sei-

13 Beispielhaft in Sahn S. »Ärztlich assistierter Suizid: Medizinische Ethik und suizidales Begehren«, in: Hessisches Ärzteblatt (2/2021), S. 91–96: »Beihilfe zum Bilanzsuizid ohne Vorliegen einer Krankheit ist keine ärztliche Aufgabe« (S. 91) und »Von Patienten als nicht erträglich eingeschätzte Leidenszustände sind immer einer Therapie zugänglich, und sei es durch eine vorübergehende, reversible palliative Sedierung. Medizinische Kriterien, die die Zuschreibung von Zuständen als ›nicht erträglich‹ erlauben, existieren nicht. Mithin ist die Rechtfertigung des PAS aufgrund solcher ärztlichen Einschätzung nicht vertretbar. Sie setzen ein medizinisches Urteil voraus, das den Todeswunsch rechtfertigt. [...] dies widerspricht der ärztlichen Ethik« (S. 93).

14 <https://www.ekd.de/gemeinsame-erklaerung-dbk-und-ekd-zum-urteil-selbsttötung-53539.htm>, abgerufen am 19.03.2022.

15 Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention vom 24.02.2021 sowie Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGPPP) zum Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 zur Sterbehilfe.

16 §5 Abs.1 Nr.6 BtMG: »Die Erlaubnis nach §3 ist zu versagen, wenn [...] die Art und der Zweck des beantragten Verkehrs nicht mit dem Zweck dieses Gesetzes, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Missbrauch von Betäubungsmitteln [...] vereinbar ist.«

te Ärzt*innen in schwerwiegende Gewissenskonflikte oder sogar Ächtung innerhalb der Ärzteschaft zu stürzen.

Können

Die Erlaubnis Suizidhilfe zu leisten und den Ärzt*innen hierbei eine mehr oder minder zentrale Rolle einzuräumen, zieht die Frage nach sich, ob Ärzt*innen besonders qualifiziert sind, Suizidhilfe zu leisten.

In den vorliegenden Gesetzentwürfen wird für Ärzt*innen eine Rolle bei der Suizidassistentz und in Beratungskommissionen vorgesehen. Am ausgeprägtesten schreibt der Gesetzentwurf von Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing in ihrem Vorschlag *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben* Ärzt*innen »eine maßgebliche Rolle bei der Hilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung zu« (Borasio et al. 2022:2). Die Autoren aus den Bereichen Recht, Ethik und Palliativmedizin sehen die Ärzteschaft in der Verantwortung, da ein Großteil der von dem Gesetz Betroffenen schwer krank und damit ohnehin in ärztlicher Betreuung ist, und in dieser Situation nur durch das ärztliche Fachwissen alternative Behandlungsmöglichkeiten des Leidens der Patient*innen aufgezeigt werden können. Ein weiterer Punkt ist die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit, also vor allem der Ausschluss einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung, die den Suizidwunsch »behandelbar« erscheinen lässt, hier ist das Fachwissen von Psychiater*innen und Psycholog*innen nicht ersetzbar.

Ärzt*innen werden in den Gesetzesvorschlägen von Vertretern aus Politik, Judikative und Ethik und von der Ärzteschaft selbst als kompetent ausgewiesen, Suizidwillige zu beraten, ihnen psychische Gesundheit zu attestieren und die Freiwilligkeit und Beständigkeit ihres Suizidwunsches zu evaluieren. Ärztliche Kolleg*innen, die beraten, sollen nicht dieselben sein, die schließlich die Hilfe zum Suizid anbieten, im Sinne einer Entlastung der*des Ärztin*Arztes, die*der die Handlung schließlich vornimmt.

Lediglich der gemeinsame Gesetzesentwurf von Künast und Helling-Plahr et al.¹⁷ bestimmt eine Sondersituation, in der es nicht primär Ärzt*innen obliegen soll, sich um den suizidwilligen Menschen zu kümmern: Sie unterscheiden die suizidnachfragenden, schwer kranken Patient*innen (»Verfahren des Zugangs in medizinischer Notlage«), deren Behandlung und Evaluation in ärztliche Hand gehört (und dort in der Regel ohnehin ist), von Suizidwilligen, die »aus anderen Gründen« Hilfe zum Suizid wünschen (»Allgemeines Verfahren des Zugangs«). Im zweiten Fall soll Ärzt*innen keine zentrale Rolle eingeräumt werden, sondern einer »nach Landesrecht zuständige[n] Stelle«. Wenigstens die Ausstellung eines Rezepts für eine todbringende Substanz wird aber aller Erwartung nach in ärztlicher Hand bleiben.

Die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen beschreibt in §1, Satz 2 folgende Aufgaben der Ärzt*innen: »Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und

17 Gemeinsamer Entwurf der Gruppen von Helling-Plahr et al. (20/2332) »Entwurf eines Gesetzes zur Suizidhilfe« und Künast et al. (20/2293) »Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze«.

wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten«. ¹⁸ Sterbenden Beistand zu leisten, ihnen in ihren letzten Tagen und Stunden zur Seite zu stehen, ihre Symptome zu behandeln und ihr Leid zu lindern, ist damit Teil des ärztlichen Berufs. Ärzt*innen kommen durch ihren Beruf notgedrungen mit dem Sterben, auch mit sehr ausgeprägten Leidenssituationen in Kontakt. Mit der Etablierung der Palliativmedizin hat sich eine ganze Fachrichtung herausgebildet, deren Aufgabe es ist, Patient*innen im Sterben zur Seite zu stehen. Es gibt somit Ärzt*innen (wenn dies auch nicht für alle gilt), die sich tagtäglich mit sehr schweren Leidenssituationen und dem Sterben beschäftigen. Sie haben Expertise und Erfahrung im Umgang mit Sterbenden. Es ist ihre Aufgabe, das Leiden am Lebensende zu lindern. Ärzt*innen sind zudem vertraut im Umgang mit Narkotika und der Behandlung von Nebenwirkungen derselben. Es scheint also folgerichtig, dass die Kompetenz, einen assistierten Suizid möglichst leid- und nebenwirkungsfrei durchzuführen, vor allen bei Ärzt*innen gesehen wird.

Ärzt*innen können außerdem in vielerlei Hinsicht als »Schutzschild« gegen Suizide gesehen werden, sei es in der Behandlung einer psychischen Erkrankung durch Psychiater*innen oder in der Linderung schwerwiegender Symptome am Lebensende durch Palliativmediziner*innen.

Nicht-Können im Sinne mangelnder Sachkenntnis

Trotz des offenbar von der Gesellschaft, der Judikative und der Politik in die Ärzteschaft gesetzten Vertrauens, sträubt sich ein Teil der Ärzteschaft gegen die Durchführung eines ärztlich assistierten Suizids unter dem Argument der fehlenden Expertise, zum Beispiel geben Ärzt*innen an, keinen sicheren Umgang mit Betäubungsmitteln zu haben und sich zu sorgen, mit möglichen Komplikationen der Prozedur nicht umgehen zu können (vgl. Gamondi, Borasio, Oliver 2019). Hier verweisen diejenigen, die die Prozedur durchführen sollen, auf mangelndes *Können*, eine mangelnde Sachkenntnis. Zudem wird von ärztlicher Seite bezweifelt, dass alle ärztlichen Kolleg*innen ausreichende Sachkenntnis besitzen, um eine psychiatrische Erkrankung als Grundlage für den Suizidwunsch auszuschließen.

Es bleibt hier zu fragen, ob Fortbildungsmaßnahmen erzwungen werden können, um die Sachkenntnis zur Umsetzung eines ärztlich assistierten Suizids zu erlernen. Die Beurteilung, ob Patient*innen sich freiwillig zu einer medizinischen Maßnahme entscheiden, ist jedoch alltäglich notwendig bei der Einholung einer informierten Einwilligung. Nicht zuletzt könnten Ärzt*innen, die sich nicht als sachkompetent in der Beurteilung der Situation oder für die Durchführung eines ärztlich assistierten Suizids empfinden, stets an Kolleg*innen weiterverweisen, die hierfür spezialisiert sind; das Weiterverweisen an Expert*innen ist gang und gäbe in der ärztlichen Praxis. Unter Verweis auf mangelnde Sachkompetenz Patient*innen den ärztlich assistierten Suizid zu verweigern, scheint somit nicht überzeugend.

18 Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte vom 27.03.2000 i.d.F. vom 17.12.2018.

Nichtkönnen bei Gewissenskonflikt

Ein ganz anderes Argument speist sich aus der ärztlichen Autonomie. Ärzt*innen dürfen, auch laut dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, nicht zur Durchführung eines ärztlich assistierten Suizids gezwungen werden. Ob eine Beihilfe zum Suizid in der individuellen Arzt-Patient-Konstellation durchgeführt werden soll, wird individuell zwischen Ärztin*Arzt und Patient*in ausgehandelt, im Sinne eines shared-decision making. Der Wunsch nach einem Suizid muss immer von der*dem Patient*in kommen, die freiwillige Zustimmung der Angefragten ist ebenso unbedingt zu verlangen (keine Instrumentalisierung der Ärzt*innen). Ärzt*innen mögen nach ihrem eigenen Moralkodex für sich sagen, dass sie selbst einen Suizid unter keinen Umständen für moralisch gerechtfertigt halten, hier können sowohl religiöse als auch Gewissensgründe angeführt werden. Diese sind zu respektieren. Ob Ärzt*innen allein aufgrund ihres eigenen Moralkodex ihren Patient*innen das Wissen um Kolleg*innen, die möglicherweise für einen assistierten Suizid zur Verfügung stünden, vorenthalten dürfen, scheint jedoch ethisch fragwürdig (vgl. Birnbacher 2022).

Sollen

Hinter der Frage, ob Ärzt*innen Suizidhilfe leisten *sollen*, verbergen sich zwei unterschiedliche Fragen: Zum einen die Frage, warum gerade Ärzt*innen laut der eingebrachten Gesetzentwürfe typischerweise als beratende Instanz und vor allem als Suizidhelfer*innen gesehen werden. Auch im Ausland, wo der ärztlich assistierte Suizid und/oder die Tötung auf Verlangen erlaubt sind, werden diese durch Ärzt*innen unterstützt. Hier gilt zunächst der Verweis auf ihr Können, ihre Kenntnisse im Umgang mit Kranken, mit Leiden, mit dem Sterben, mit Narkotika und deren Nebenwirkungen, auch die Beurteilung der Freiwilligkeit (siehe oben). Man darf aber fragen, ob Ärzt*innen immer die primären Handlungspartner*innen bei der Suizidassistenz sein müssen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts sieht dies nicht vor. In dem Gesetzesentwurf von Künast/Helling-Plahr werden für Nichtkranke Ärzt*innen »aus der Schusslinie gezogen« und Beratungskommissionen empfohlen, die aufgrund ihrer Kompetenzen des Sozialrechts oder der Lösung finanzieller Notlagen als Hilfestellung sinnvoller erscheinen.

Wie steht es aber mit der Durchführung der Suizidassistenz? Es wäre prinzipiell möglich, dass nicht kranke Suizidwillige von einer Beratungskommission einen Berechtigungsschein für Natrium-Pentobarbital bekämen und diesen bei einer Apotheke einlösen könnten, um dann in Eigenregie oder in Anwesenheit anderer Menschen, die sie um sich haben möchten, ihren Suizid zu vollziehen.¹⁹ In diesem letzten Fall scheint mir die ärztliche Expertise in bestimmten Fällen tatsächlich entbehrlich. Zum zweiten stellt

19 In Österreich gibt es mit dem seit 01.01.2022 geltenden Sterbeverfügungsgesetz so ein Verfahren für schwerkranke Patienten. Hier kann nach einer Aufklärung durch zwei Ärzt*innen, der Bestätigung der Entscheidungsfähigkeit durch ein*e Ärzt*in und bei dauerhaftem Entschluss nach einer Frist von 12 Wochen (Ausnahme: terminal kranke Patient*innen) bei Notar*innen oder Patienten-anwält*innen eine Sterbeverfügung errichtet werden. Diese berechtigt die sterbewillige Person, ein letales Präparat bei der Apotheke abzuholen und sich damit zu suizidieren (mit oder ohne ärzt-

sich in puncto *Sollen* die Frage, ob es Situationen gibt, in denen ein ärztlich assistierter Suizid, zu dem die Entscheidung im shared-decision making zwischen Ärzt*innen und Patient*innen getroffen wird, als der beste Weg erscheinen könnte. Meines Erachtens stellt sich hier vor allem die Frage, ob es ein »unerträgliches Leiden« oder diese »extreme Notlage« gibt. Also die Frage, gibt es Situationen, die so unerträglich sind, dass ihnen mit keinem anderen geeigneten Mittel begegnet werden kann als mit der Auslöschung des Individuums selbst. Und, wenn es um die ärztliche Hilfe zum Suizid geht, ob so ein unerträgliches Leiden für Ärzt*innen objektivierbar ist. Cassell definiert in seinem Buch *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* Leiden als »an ultimatively personal matter« (Cassell, 2004, S. 33). In den Niederlanden entwickelt sich durch den offenen Umgang mit assistierten Suiziden und der Tötung auf Verlangen und die Diskussion in Gremien eine soziale Norm, in der die Unerträglichkeit des Leidens zugeschrieben werden kann (vgl. Wijsbek 2012). Eine ausführliche Diskussion des Begriffs »unerträgliches Leiden« sprengt den Rahmen dieses Artikels. Der Begriff bleibt in der Literatur unterbestimmt, was jedoch Patient*innen und Ärzt*innen Möglichkeiten eröffnet, gemeinsam das Leiden und dessen Unerträglichkeit zu eruieren, ohne sich einer vorfertigen, gesellschaftlichen Norm unterwerfen zu müssen (vgl. Bozzaro 2022).

Ärzt*innen scheinen jedoch immer wieder das Vorhandensein eines dauerhaften, unerträglichen Leidens zu negieren, mit dem Verweis auf ihre ärztliche Kunst, die letztlich in der Linderung von Leid besteht (Sahm 2021). Häufig wird gerade von Palliativmediziner*innen angegeben, dass Sterbewünsche zwar in der palliativen Behandlungsphase häufig geäußert werden, jedoch volatil seien und sich in aller Regel durch entsprechende medizinische Maßnahmen und psychosozialen Support auflösen lassen,²⁰ dass somit die Durchführung eines assistierten Suizids nicht die richtige Antwort auf die von Sterbewilligen geäußerte Not sei.

Es bleibt jedoch die Frage, ob die Einstellung, Ärzt*innen könnten immer jegliches Leiden behandeln, nicht zu paternalistisch ist und wirklich dem einzelnen Sterbewilligen in der jeweiligen individuellen Situation gerecht wird. Wenn wir die Möglichkeit eines unerträglichen Leids und die intersubjektive Erfassbarkeit desselben unterstellen, mag ein ärztlich assistierter Suizid ein Ausweg aus dieser ausweglosen Situation sein, auch wenn der Suizid die Leidenden mit ihrem Leid auslöscht. Es mag in diesem Sinne

liche Anwesenheit). <https://www.bmj.gv.at/themen/Fokusthemen/Dialogforum-Sterbehilfe.html>, zuletzt abgerufen am 6.8.23.

20 So heißt es in der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Langversion 2.2, Sept. 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL) auf S. 418 in einem neu hinzugefügten Kapitel unter dem Titel »Todeswünsche«: »Die Eruierung der Komplexität des Phänomens Todeswunsch ist entscheidend für die Versorgung des Patienten. Würde der Behandler die Todeswunsch-Äußerung des Patienten nur dem Wort nach verstehen, dann wäre dieses Verständnis in vielen Fällen verfehlt, möglicherweise dahinterliegende Motive blieben unentdeckt und in der Folge würde eine adäquate Behandlung nicht erfolgen können. [...] Ob, wann, weshalb und bei welchen Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung es zu einem »Übergang« von einem Todeswunsch zu suizidalen Gedanken, Absichten und Handlungen kommt, bedarf der weiteren Erforschung. Erschwerend für diese Festlegung kommt hinzu, dass weder der Todeswunsch als Hauptkategorie noch Suizidalität als Teilkategorie des Todeswunsches stabile Phänomene sind.«

Situationen geben, in denen Ärzt*innen ihre Patient*innen bei einem Suizid unterstützen sollten, anstatt sie aus standesrechtlichen oder Gewissensgründen in ihrem Leid allein zu lassen, respektive von ihnen zu fordern, ihr Leid bis zum bitteren Ende ertragen zu müssen.

Ausblick

Es scheint insgesamt gute Gründe zu geben, Ärzt*innen eine relevante Rolle bei der Suizidhilfe einzuräumen, und zwar sowohl im Beratungsprozess und der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit als auch in der Durchführung. Hierbei die Beratung von der Durchführung personell zu trennen, entspricht einer Entlastung für die Ärzt*innen, die ihre Patient*innen auf dem Weg zum Suizid begleiten. Die Errichtung von klaren gesetzlichen Rahmenbedingungen ist für durchführende Ärzt*innen und deren Patient*innen von kritischer Bedeutsamkeit, wenn wir als Gesellschaft für ein selbstbestimmtes Sterben eintreten wollen, wie im Urteil des Bundesverfassungsgerichts festgelegt. Ohne die Sicherheit solcher Rahmenbedingungen können Ärzt*innen aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation zwar Suizidhilfe leisten, und es wird auch Ärzt*innen geben, die diese in besonderen Fällen unerträglichen Leidens leisten möchten. Die alleinige Erlaubnis durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist jedoch in der Realität nicht hinreichend, um assistierte Suizide offen zu praktizieren und ihr Anwendungsfeld auf breiter gesellschaftlicher Basis zu diskutieren. Ein verschämter Umgang mit Sterbewünschen oder ein paternalistisches Abwinken, da diese stets ambivalent seien, ist ebenso wenig zeitgemäß wie die Unterstellung, dass es für das Individuum kein unerträgliches Leid gebe, dem man nur mit einem Suizid begegnen kann.

Wenn Sie zurückdenken an die oben genannte Schilderung eines schwerkranken Patienten in wohl nachempfindbarer Not, warum sollen wir als Gesellschaft und Ärzt*innen ihm nicht den Wunsch erfüllen, sein eigenes Sterben zu modellieren?

Die explizite Erlaubnis, eine Suizidassistenz durchzuführen, ist ein wichtiger Schritt, um Menschen über ihren eigenen Tod mitbestimmen zu lassen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat die Diskussion um einen (assistierten) Suizid in der Gesellschaft und in der Ärzteschaft belebt. Dies an sich ist gut, um Sprachfähigkeit bei Suizidwünschen herzustellen. Unabhängige, gut zugängliche Beratungsangebote, die ergebnisoffen beraten, können durch die Enttabuisierung des Suizids unter Umständen sogar Menschenleben retten. Von Sterbewilligen wird häufig Unterstützung und Enttabuisierung gewünscht.²¹ Ärzt*innen sollten sich dem Thema Suizid nicht entziehen unter Verweis auf ihr berufliches Ethos oder mangelnde Sachkenntnis. Es wird unserem Berufsstand nicht schaden, wenn wir in aller Ehrlichkeit unsere Patient*innen begleiten dürfen. Unsere Patient*innen werden es uns danken, wenn wir nicht die Ohren vor ihren Gedanken verschließen und ihnen, wenn nötig, auch im Prozess eines assistierten Suizids zur Seite stehen.

21 Anna Borges in *I Am Not Always Very Attached to Being Alive*: »Would it be the worst thing in the world if we started talking about not wanting to be alive, and what might help us there?« Zitiert in Alexandre Baril, *Suicidism*, Temple University Press, 2023, S. 41

Das Wagnis, selbstbestimmtes Sterben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen, bedeutet aber auch, dass Suizidpräventionsmaßnahmen, wie ausreichende Therapiemöglichkeiten für psychisch kranke Menschen und eine sehr gute Palliativmedizin zur bestmöglichen Symptomkontrolle bei schwerer Erkrankung, ethisch geboten sind.

Literatur

- Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe vom 05. Mai 2021. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123539>, zuletzt abgerufen am 03.10.2023.
- Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000 i.d.F. vom 17.12.2018, §16 Beistand für den Sterbenden.
- Betäubungsmittelgesetz, §5 Abs.1 Nr.6 BtMG.
- Birnbacher, Dieter: »Warum kein Anspruch auf Suizidassistenten?«, in: Ethik in der Medizin 34 (2022), S. 161–176.
- Borasio, Gian Domenico/Jox, Ralf/Taupitz, Jochen/Wiesing, Urban: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, 2. erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart: Kohlhammer 2020.
- Borges, Anna: »I Am Not Allays Very Attached to Being Alive«, zitiert in: Alexandre Baril: Suicidism, Temple University Press 2023, S. 41.
- Bozzaro, Claudia: »Suffering – an Increasingly Relevant, Though Ambivalent Concept in Bioethics«, in: Mandry C (Ed) Suffering in Theology and Medical Ethics. Brill Schöningh 2022, S. 75–85.
- Cassell, Eric J.: The Nature of Suffering and the Goals of Medicine, 2nd ed., Oxford University Press 2004.
- Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenten und Stärkung der Suizidprävention vom 24.02.2021, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenten_Suizidpr%C3%A4vention.pdf, zuletzt abgerufen am 03. Oktober 2023.
- Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, Stuttgart: Kohlhammer 2020.
- Gamondi, C./Borasio, G. D./Oiver, P. et al.: »Responses to assisted suicide requests: an interview study with Swiss palliative care physicians«, in: Journal of Palliative Care Medicine 23 (4) (2020), S. 506–512.
- Gesetzentwurf 20/904 von Dr. Castellucci et al. »Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung«.
- Gesetzentwurf der Gruppen von Helling-Plahr et al. (20/2332) »Entwurf eines Gesetzes zur Suizidhilfe« und Künast et al. (20/2293) »Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze«. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/190-Antraege-auf-ein-toedliches-Medikament-412956.html>, zuletzt abgerufen am 05.08.2023.

- <https://www.ekd.de/gemeinsame-erklaerung-dbk-und-ekd-zum-urteil-Selbsttoetung-53539.htm>, zuletzt abgerufen am 19.03.2022.
- <https://yougov.de/topics/health/articles-reports/2021/05/05/zustimmung-zu-legalisierung-aktiver-sterbehilfe-wa>, zuletzt abgerufen am 05.08.2023.
- Maio, Giovanni: »Der assistierte Suizid und die Identität der Medizin«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 146 (2021), S. 638.
- Mroz, Sarah/Dierickx, Sigrid/Delien, Luc/Cohen, Joachim/Chambaere, Kenneth: »Assisted dying around the world: a status quaestionis«, in: Annals of Palliative Medicine 10 (3) (2021), S. 3540–3553.
- Sahm, Stephan: »Ärztlich assistierter Suizid: Medizinische Ethik und suizidales Begehren«, in: Hessisches Ärzteblatt (2/2021), S. 91–96.
- Snyder Sulmasy, Lois/Mueller, Paul S. for the Ethics, Professionalism and Human Rights Committee of the American College of Physicians: »Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper«, in: Annals of Internal Medicine 167 (2017), S. 576–578.
- Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) zum Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 zur Sterbehilfe.
- Sterbeverfügungsgesetz, Österreich: Quelle: <https://www.bmj.gv.at/themen/Fokusthemen/Dialogforum-Sterbehilfe.html>, zuletzt abgerufen am 06.08.2023.
- The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Ethical Perspect. 2002; 9 (2–3): 176–81. Doi: 10.2143/ep.9.2.503855.
- Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16, zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung.
- Urteil des Bundesverwaltungsgerichts 2017: BVerwGE 3C 19.15, OVG 13 A 1299/4, Leitsatz 4.
- Wijsbek, Henri: »The Subjectivity of Suffering and the Normativity of Unbearableness«, in: Youngner, Stuart Y./Kimsma, Gerrit K.: Physician-Assisted Death in Perspective, Assessing the Dutch Experience (2012), S. 319–332.

Seelsorgliche Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide

Die aktuelle Diskussion in der Schweiz

Sebastian Farr

»Immer wieder begegnen Pfarrpersonen, Beauftragte und Freiwillige im kirchlichen Dienst Menschen, die mit ihnen über einen assistierten Suizid sprechen oder im Entscheidungsprozess begleitet werden möchten.«

(Reformierte Kirche Kanton Zürich 2022: 3)

»Seelsorge ist dabei weder Komplize noch Moralagentur, sondern begleitet Menschen in einer akuten Lebenssituation reflektiert, prozessorientiert, respektvoll, solidarisch und realistisch.«

(Anselm/Karle/Lilie 2021: 6)

Auch wenn man es diesen beiden Zitaten so kaum anmerkt – ergeben sie doch gemeinsam einen Satz, der dem Grundtenor des folgenden Kapitels entspricht – sind sie zwei sehr unterschiedlichen Texten entnommen: Das erste Zitat stammt aus der erst kürzlich veröffentlichten Handreichung der Reformierten Kirche im Kanton Zürich. Es verweist auf die bereits reichen Erfahrungen der Schweizer Kirchen mit der seelsorglichen Begleitung von Menschen im Kontext eines assistierten Suizids. Zudem bezieht die Zürcher Kirche Stellung und erklärt, dass sie Menschen, die einen assistierten Suizid erwägen oder bereits geplant haben, vorurteilsfrei begleiten will (vgl. Reformierte Kirche Kanton Zürich 2022: 9).

Demgegenüber stammt das zweite Zitat aus einem Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, der die wieder neu aufgeflammete Diskussion und typisch evangelische Mehrstimmigkeit der Positionen innerhalb der Deutschen Evangelischen Kirche widerspiegelt – wichtig ist festzuhalten, dass die evangelische Kirche kein einheitliches moralisches Lehramt oder »die eine evangelische Ethik« kennt. Er erschien in Folge des Urteils des Deutschen Bundesverfassungsgerichts zum §217 StGB und der damit einhergehenden Debatte um eine Neuregelung der Suizidassistenz. Die Autor*innen Reiner Anselm (als Vertreter der theologischen Ethik), Isolde Karle (als Vertreterin der Seelsorgetheorie) und Ulrich Lilie (Präsident der Diakonie in Deutschland) imaginieren eine

Praxis der Suizidhilfe in kirchlich getragenen Einrichtungen des Gesundheitssystems unter den Bedingungen einer Neuregelung (vgl. Anselm/Karle/Lilie 2021).¹

Mit diesen Ausführungen klingt bereits an, dass innerhalb der Kirche(n) mindestens drei Teildebatten nebeneinander und ineinander verwoben geführt werden: (1) Im Rahmen eines Verständnisses von Kirche als gesellschaftspolitischer Akteurin wird Stellung zu einer Neuregelung der Suizidhilfe bezogen. Eine zentrale Frage ist dabei, ob es sich bei assistierten Suiziden um Einzelfälle handelt, die sich der jeweiligen moralischen Bewertung entziehen,² oder um eine organisierte – und damit in gewisser Weise normalisierte – Form der Selbsttötung. (2) Mit Blick auf Kirche als Trägerin von Einrichtungen des Gesundheitswesens werden einerseits mögliche Auswirkungen neuer Regelungen diskutiert und andererseits Beteiligung an den Prozessen der Neuregelung verlangt. (3) Kirche als Institution und Organisation bildet den Rahmen, in dem professionelle Seelsorge angeboten sowie durchgeführt wird. Somit nimmt sie professionsethische Fragen auf, die sich für die Seelsorgenden ergeben.

Im folgenden Beitrag soll auf diese dritte Dimension (professionsethische Fragen zur seelsorglichen Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide) der aktuellen Debatte fokussiert werden. Während in der deutschen Diskussion vor allem die Antizipation neuer Bedarfe und Herausforderungen im Vordergrund steht,³ sehen sich die Schweizer Reformierten Kirchen aufgrund steigender Fallzahlen einem wachsenden Orientierungsbedarf gegenüber, auf den sie in den letzten Jahren mit Handreichungen und Stellungnahmen reagieren.⁴ Damit ist zugleich eine Verschiebung der Diskussion markiert: Während zuvor innerhalb von Theologie und Kirche vor allem die Zulässigkeit oder Regelbedürftigkeit von Assistenz bei Suizidhandlungen diskutiert wurde, liegt der

-
- 1 Zu dem Artikel ist anzumerken, dass er eine Reihe von Antworten sowohl in der FAZ als auch in dem Onlinemagazin »ZEITZEICHEN. Evangelische Kommentare zu Religion und Gesellschaft« hervorgerufen hat. Der Hauptgrund dafür liegt vermutlich in dem mehrdeutigen Satz »erscheint es in der hier dargestellten Perspektive möglich, auch die [...] abgesicherten Möglichkeiten eines assistierten Suizids in den eigenen Häusern anzubieten oder zuzulassen und zu begleiten.« Die hier aufgerufenen Alternativen (selbst »Anbieter« von Suizidhilfe werden oder andere zuzulassen) werden von Michael Coors als möglicher eklatanter Widerspruch gegen bisherige Veröffentlichungen der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) eingeordnet. In einer wohlwollenden Lesart kann der Artikel so verstanden werden, dass Kriterien für die Fälle formuliert werden sollen, in denen Personen in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen Suizidhilfe in Anspruch nehmen wollen – was nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil möglich sein müsste (vgl. Coors 2021). Andere Repliken verstehen den Artikel hingegen als Aufruf an Kirche und Diakonie, selbst Suizidhilfe anzubieten, was sie entschieden ablehnen. So erwartet beispielsweise Günther Thomas einen Vertrauensverlust in diakonischen Einrichtungen und erkennt in den Empfehlungen des FAZ-Artikels einen »Eigenbeschuss« theologischer Kerngehalte wie dem unbedingten Wert auch verletzten Lebens (vgl. Thomas 2021).
 - 2 Diese Haltung findet sich beispielsweise in der Stellungnahme »Wenn Menschen sterben wollen« der EKD (EKD 2008).
 - 3 Daten für seelsorgliche Begleitungen assistierter Suizide liegen in Deutschland bisher nur für die ev.-luth. Landeskirche Hannovers aus dem Zeitraum vor dem BVerfG-Urteil vor (vgl. Arnold-Krüger/Inthorn 2022).
 - 4 Im Beitrag wird auf die Perspektive der katholischen Kirche in der Schweiz verzichtet. Auch hier liegt jedoch eine Stellungnahme vor (siehe Schweizer Bischofskonferenz 2019).

Schwerpunkt nun auf der Frage, wie sich Kirche – und damit insbesondere Pfarrpersonen/Seelsorgende – »in die Prozesse des assistierten Suizids involvieren lassen sollen und welche ethischen Fragen sich ihnen dabei stellen.« (Coors/Farr 2022: 13) Aus der Sammlung der veröffentlichten Stellungnahmen werden einige Impulse für die fortlaufenden Prozesse in Deutschland und Österreich abgeleitet.

Der Gegenstand: Die seelsorgliche Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide in der Schweiz

Der gesellschaftliche Kontext, in dem die seelsorglichen Begleitungen stattfinden, lässt sich mit einem prägnanten Zitat von Markus Zimmermann zusammenfassen:

»Die öffentliche Wahrnehmung und Einschätzung der Suizidhilfe hat sich in der Schweizer Gesellschaft seit den 1990er Jahren bis heute von einer zunächst vorsichtig-skeptischen Haltung in Richtung einer breiten Akzeptanz verändert. Meines Erachtens lässt sich der Status quo am treffendsten mit dem Begriff Normalisierung beschreiben.« (Zimmermann 2021: 435)

Dieser als Normalisierung beschriebenen Entwicklung – hohe Zustimmungswerte in Umfragen, hohe Mitgliederzahlen in den Sterbehilfeorganisationen, weniger kontroverse Diskussionen als in Nachbarländern (Zimmermann 2021) – entspricht eine steigende Anzahl der durchgeführten assistierten Suizide.⁵ Mit dieser Zunahme an jährlichen Fällen steigt auch die Wahrscheinlichkeit für Pfarrpersonen, Abdankungen bei Bestattungen für Personen zu halten, die mittels eines assistierten Suizids verstorben sind, oder diese Personen in ihrer letzten Lebensphase seelsorglich zu begleiten, falls es gewünscht ist (vgl. Spielmann 2022: 259).

Als Besonderheit der seelsorglichen Begleitung gegenüber den anderen in diesem Sammelband aufgerufenen Berufsgruppen ist festzuhalten, dass den Seelsorgenden keine notwendige Funktion für den assistierten Suizid zukommt – sie stellen keine Rezepte oder Gutachten aus, sondern treten allein supportiv für diejenigen Menschen, die den assistierten Suizid erwägen, oder ihre Angehörigen auf.⁶

Die Begleitung kann dabei in verschiedene Phasen eingeteilt werden, die jeweils eigene spezifische Anforderungen haben. In der bisher einzigen kommentierten Fallsammlung für den deutschsprachigen Raum teilen Christoph Morgenthaler, David

5 Es ist eine ständige Zunahme an jährlichen Fallzahlen zu beobachten: Während 2003 187 in der Schweiz wohnhafte Personen durch einen assistierten Suizid verstarben, waren es im Jahr 2021 1391 Personen (vgl. Bundesamt für Statistik 2023, <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/24525192>).

6 Dies trifft gegebenenfalls nur auf ihre Funktion als Seelsorgeperson zu. Davon unabhängig ist möglicherweise ein Engagement in den Sterbehilfeorganisationen der Schweiz. So waren vor allem Zürcher Pfarrpersonen in die Gründung der größten Schweizer Sterbehilfeorganisation EXIT involviert (vgl. Famos 2022: 285, <https://www.exit.ch/verein/der-verein/geschichte/>). Im Verlauf der Vereinsgeschichte hatten Pfarrpersonen auch zentrale Ämter des Vereins inne, so zum Beispiel der ehemalige Pfarrer Werner Kriesi als Leiter der Sterbebegleitungen. Zahlreiche Erfahrungen und Reflexionen von Kriesi aus Sterbebegleitungen sind als Fallerzählungen nachzulesen (vgl. Renninger 2021).

Plüss und Matthias Zeindler die gesammelten Fallberichte in vier Phasen ein (vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler 2017):⁷

1. Zeit der Annäherung und des Entscheids
2. Phase der Realisierung
3. Vorbereitung und Gestaltung des Trauergottesdienstes
4. Begleitung in der Zeit der Trauer

Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Phasen in allen Begleitungen auftreten. Schwerpunkte bilden vermutlich die bereits angesprochene Gestaltung von Trauergottesdiensten und lose Gespräche in der Phase der Annäherung.

Stellungnahmen

Schweizer Evangelische Kirche – Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive

Der Schweizerische Evangelische Kirchenbund⁸ gab 2007 ein wegweisendes Positionspapier heraus, in dem er eine abwägende Position einnimmt, vor assistierten Suiziden als regelmäßiger Sterbeoption warnt und sich für Einzelfallentscheidungen ausspricht.

Leitende Überzeugungen sind dabei, dass (1) das Leben als Gabe zu verstehen ist. Damit wird eine unverlierbare Würde des Menschen verbunden, die es zu achten gilt. Der oder die Einzelne lebt in Verantwortung vor Gott, womit zugleich eine moralische Bewertung über den Menschen durch Außenstehende abgelehnt wird. Zugleich wird darauf verwiesen, dass »es [...] keine menschliche Rechtfertigung [gibt], das eigene Leben zu beenden, weil es – in reformatorischer Perspektive – im und für das eigene Leben keine Selbstrechtfertigung geben kann« (Mathwig 2007: 26). (2) Darüber hinaus steht das gesamte menschliche Leben in der Spannung zwischen Angewiesenheit auf andere und persönlicher Freiheit. (3) Die Gesellschaft erscheint in einem ambivalenten Licht: Einerseits ermöglicht sie den Einzelnen große Freiheits- und Gestaltungsräume, andererseits wird persönliches Scheitern – wozu auch der Wunsch nach einem vorgezogenen Tod als Eingeständnis des Verlustes der eigenen Souveränität gezählt werden kann – als immer schwerer auszuhalten erlebt. (4) Damit geht auch eine Grundeinsicht in die Fragmentarität menschlichen Lebens einher.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Mensch in der Verantwortung,

7 Die Fallsammlung ist das Ergebnis eines Arbeitsprozesses der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn, dem auch die Stellungnahme »Solidarität bis zum Ende« entstammt, die später noch dargestellt werden wird. Abweichend zur Sortierung der Falldarstellungen im Verlauf der Sammlungen, differenzieren die Autor*innen in ihrer Einleitung zwischen der Phase der Annäherung und der Phase des Entscheids und präsentieren daher fünf Phasen.

8 Kurz: SEK. Ab 2020 Evangelische-reformierte Kirche Schweiz, kurz: EKS. Der Kirchenbund ist ein Zusammenschluss der reformierten Kirchen in den Kantonen (Landeskirchen). Die Landeskirchen sind weitestgehend eigenständig und weisen somit in ihren Stellungnahmen untereinander sowie zum SEK/EKS Unterschiede auf.

sein Leben als Gabe von Gott zu verstehen, von niemandem vertreten werden kann. Gleichzeitig soll betont werden, dass allein eine Gewissensentscheidung einzelner unzureichend wäre, da die moralisch angesprochene Gesellschaft den Fragen gegenüber nicht gleichgültig stehen kann, sondern die »konkrete Lebenssituation von Leidenden und Sterbenden in den Blick nehmen muss« (Mathwig 2010: 235).

Mit Blick auf die Wirkung der Stellungnahme hält Rita Famos, zurzeit Präsidentin der Evangelisch-reformierten Kirche Schweiz, fest, dass diese eine kontroverse Debatte in den Kirchgemeinden und darüber hinaus eröffnet hat, die zur Weiterentwicklung der Seelsorgepraxis beigetragen hat (vgl. Famos 2022: 288f.).

Eglise Evangélique Réformée du Canton de Vaud – Assistance au suicide et accompagnement pastoral

Die Stellungnahme der Waadtländer Kirche fokussiert die Diskussion auf die seelsorgliche Situation. Sie geht zunächst grundlegend davon aus, dass Erwachsene das Recht haben, über sich selbst zu verfügen. Am besten könne diesem durch vorausschauendes Handeln, vor allem durch eine Patient*innenverfügung, Genüge getan werden, aber auch ein assistierter Suizid wird hier als eine Option benannt. Die Rolle der Kirche wird dabei so bestimmt, dass sie eine Entscheidung zu respektieren und dort, wo es geboten ist, eine Person zu begleiten hat.

Mit dieser Begleitung wird dabei explizit die Gruppe der Pfarrpersonen beauftragt. Die Kirche empfiehlt diesen, sich eine eigene Meinung zum Thema zu bilden. Darüber hinaus wird angeregt, eine Liste mit Kontaktadressen von Pfarrpersonen anzulegen, die bereits Erfahrung mit einschlägigen Begleitungen haben. Auf diese Weise können einerseits der kollegiale Austausch gefördert, sowie andererseits Begleitungen weitervermittelt werden, sollte eine Pfarrperson aus persönlichen und/oder moralischen Gründen die Begleitung nicht selbst durchführen wollen. Damit wird zugleich festgehalten, dass divergierende Meinungen innerhalb der Kirche zulässig und gewünscht sind.

Darüber hinaus wird eine Bestimmung des Seelsorgeauftrags vorgenommen: »Es geht hier nicht darum zu beurteilen, ob die Entscheidung, um Suizidhilfe zu bitten, gerechtfertigt ist oder nicht, sondern darum ein offenes Ohr anzubieten.«⁹ Bewusst offen gelassen wird die Frage, ob eine Begleitung auch während des Suizidvollzugs selbst erfolgen soll oder darf.

Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn – Solidarität bis zum Ende

Das Positionspapier des Synodalrats der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn schließt sich in weiten Teilen der Waadtländer Stellungnahme an. Die Funktion des Papiere ist auf der einen Seite, den Pfarrpersonen »theologische und praktische Gesichtspunkte [aufzuzeigen], an denen sie sich orientieren können« (Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn 2018: 2). Auf der anderen Seite wird klar Stellung bezogen: Zum

9 Eigene Übersetzung von »Il n'est pas question ici de juger si la décision de demander l'assistance au suicide est justifiée ou non, mais d'offrir une écoute attentive« (Eglise Evangélique Réformée du Canton de Vaud 2016: 2).

einen in Bezug auf den assistierten Suizid allgemein, der immer Grenzfall bleiben müsse und nie zum Normalfall werden dürfe, zum anderen zu dem Seelsorgeauftrag, den die Pfarrpersonen haben.

Unter dem Begriff der seelsorglichen Solidarität wird festgehalten, dass die Begleitung unabhängig von getroffenen Entscheidungen der suizidwilligen Person erfolgt – das Angebot der seelsorglichen Begleitung wird nicht an bestimmte Bedingungen geknüpft, eine Entscheidung für oder auch gegen einen assistierten Suizid wird damit weder abgelehnt noch gutgeheißen. Insbesondere die Reichweite dieser postulierten Solidarität hat in der Folge der Veröffentlichung zu erheblichen Debatten geführt:

»Für die Seelsorge gilt das Prinzip der bedingungslosen Solidarität. Es geht bei ihr um die orientierende und unterstützende Begleitung von Menschen, selbst dann, wenn man als Pfarrerin oder Pfarrer mit der von ihnen gefällten Entscheidung nicht einverstanden ist. Auch die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen wird durch die Begleitung durch Seelsorgerinnen und Seelsorger nicht kirchlich sanktioniert.

Der Synodalrat ist aus diesen Gründen der Auffassung, dass kirchliche Seelsorge auch im Falle eines assistierten Suizids bis zum Sterben reicht. Pfarrersinnen und Pfarrer sollen Menschen, die sie begleiten, auch im schwierigsten Moment, dem Akt der Selbsttötung, Beistand leisten, wenn diese es wünschen. Ohne Beistand sollen auch ihre Angehörigen in dieser Situation nicht bleiben.« (a.a.O.: 5)

Eingeschränkt wird die Reichweite des Zitierten durch den Verweis auf die Gewissensfreiheit der Pfarrpersonen und die Überzeugung von einem Vorrang des Lebens und damit verbundener Suche nach Alternativen zu einem Suizid.

Landeskirche des Kantons Thurgau – Den Weg zu Ende gehen

Im Gegensatz zu den beiden vorigen vertritt die einschlägige Sammlung der Landeskirche des Kantons Thurgau eine kritischere Position und schließt sich in den Ausführungen vor allem an Äußerungen Dietrich Bonhoeffers in seinen Ethikmanuskripten an: Zwar verbietet die Bibel den Suizid an keiner Stelle ausdrücklich, doch »gibt [es] keinen andern zwingenden Grund, der den Selbstmord verwerflich macht, als die Tatsache, dass es über den Menschen einen Gott gibt«. Nur dieser »weiß, zu welchem Ziel er das Leben führen will« (Bührer 2019: 13; Bonhoeffer 1992: 194).

Gegenüber einer Überbetonung des Selbstbestimmungsrechtes wird die Eingebundenheit des Menschen in seine sozialen Bezüge festgehalten. Damit wird sowohl auf das Zurückbleiben naher Angehöriger als auch auf die gesellschaftspolitische Dimension einer möglichen Normalisierung des assistierten Suizids hingewiesen.

Die Stellungnahme betont, dass in der Seelsorge die persönliche Haltung der Seelsorgenden nicht in den Vordergrund gerückt und kein Richteramt über Entscheidungen eingenommen wird. Zugleich »sollen und können [wir] unsere Glaubenshaltung auch nicht verbergen« (Bührer 2019: 16). Für die seelsorgliche Begleitung ergibt sich daraus »eine gewisse Spannung [...], die [...] sich nicht ganz auflösen [lässt]« (ebd.).

Reformierte Kirche Kanton Zürich – Assistierter Suizid und Seelsorge

Die jüngste Stellungnahme stammt aus der Reformierten Kirche im Kanton Zürich, die sich zum Eintreten für eine Gesellschaft verpflichtet, »in der Sterben und Tod als Teil des Lebens gewürdigt und gelebt werden. Sie vertritt ein Menschenbild der unbedingten Würde eines jeden Menschen. Gesunde wie Kranke, Menschen mit Behinderung, gebrechliche und auch sterbende Menschen haben darin Platz« (Reformierte Kirche Kanton Zürich 2022: 3).

Die Aufgabe der Seelsorge wird darin bestimmt, »durch Fachwissen, mitgehendes Verständnis und ihren Aussenblick dazu bei[zu]tragen, Ambivalenzen auszuhalten und Entscheidungsprozesse vorurteilsfrei und auf dem Hintergrund der annehmenden Grundhaltung des Evangeliums zu begleiten« (a.a.O.: 9). Wie auch in der Stellungnahme aus dem Thurgau wird ein relationales Autonomieverständnis betont und besonders auf das Umfeld der sterbewilligen Person hingewiesen.

Zentraler Bestandteil der Veröffentlichung sind »neun Perspektiven für Seelsorgende bei assistiertem Suizid« (a.a.O.: 31ff.) – sie richtet sich damit auch explizit an die betroffenen Seelsorgepersonen. Demnach sollen sich Seelsorgende (1) mit ihrer eigenen theologisch-ethischen Haltung auseinandersetzen und sich (2) ein Grundwissen über relevante Aspekte des assistierten Suizids aneignen. (3) In der Begleitung ist eine sorgfältige Klärung von Rolle und Auftrag notwendig und (4) das systemische Umfeld wird in den Blick genommen, was auch das Personal aus der Pflegeeinrichtung oder weitere Bewohner*innen einschließen kann. (5) Sie sollen Räume für Ambivalenzerfahrungen eröffnen und (6) ein Beziehungsangebot machen, anstatt ethische Normen zu vertreten, sodass zusätzliches Leid durch einen Beziehungsabbruch vermieden werden kann. (7) Seelsorgende sollen sich nicht vereinnahmen lassen; sie führen stattdessen eine Schwellenexistenz als Teil der Gesundheitseinrichtung, aber kommen doch von außen in die Institution hinein. Festgehalten wird, dass ein praktisches Mitwirken in der Sterbehilfe nicht zulässig ist. (8) Es werden mögliche persönliche oder ethisch-theologische Gründe eingeräumt, aus denen die Begleitung abgelehnt werden kann. In diesen Fällen soll nach einer geeigneten alternativen Begleitperson gesucht werden. (9) Zuletzt werden die Seelsorgenden zur Selbstsorge angehalten.

Explizit wird darauf hingewiesen, dass das Handeln der Seelsorgenden als existenzielle Begleitung gestaltet werden soll, die auch Rituale und Symbolhandlungen aus der reformierten Tradition – zum Beispiel das gemeinsame Abendmahl oder die Segnung – beinhalten kann.

Impulse

In der Zusammenschau der oben dargestellten Stellungnahmen ergeben sich vor allem drei Bereiche, die Impulse für die weitere Debatte in den übrigen deutschsprachigen Ländern und auch darüber hinaus geben können.

1. Das Umfeld der sterbewilligen Person in den Blick nehmen

Die Stellungnahmen weiten den zu adressierenden Personenkreis. Während die Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz sowie das eingebundene medizinische Fachpersonal in den weiteren deutschsprachigen Ländern sich vor allem auf die sterbewillige Person konzentrieren, nehmen Seelsorgende direkte Angehörige, das ganze Familiensystem, aber auch involvierte Behandlungs- und Versorgungsteams oder weitere Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen in den Blick (vgl. exemplarisch Meyer-Kunz 2022). Direkt ersichtlich ist diese Perspektive in der Gestaltung von Trauerfeiern nach der Durchführung des assistierten Suizids (vgl. z. B. Plüss 2022).

2. Die Spannung zwischen persönlicher Haltung, Solidarität und Nondirektivität

Seelsorgende haben eine andere Rolle als die übrigen involvierten Berufsgruppen. Sie müssen keine Kriterien für eine Entscheidung benennen, sondern sind »viel mehr Anwältin der Ambiguität, der Grauzonen und Ambivalenz« (Karle 2022: 162). Trotz dieser besonderen Stellung sind sie nicht davon entbunden, ihre eigene Positionierung zu entwickeln. Im Gegenteil, die informierte Klärung der eigenen Haltung ist elementarer Bestandteil einer kompetenten Beratung, die eigene Motivationen transparent machen kann; nur auf diese Weise ist eine professionelle Begleitung möglich.

Die Kommunikation in der Seelsorge zeichnet sich durch Nondirektivität aus. Seelsorgende treten nicht als moralische Bewertungsinstanz auf, dennoch sind sie angehalten, die grundsätzliche Verpflichtung der Kirchen zum Lebensschutz auch in diese Begleitungen hineinzutragen. Sie stehen damit in einer Spannung zwischen der Ermutigung zum (Weiter-)Leben und Anerkennung der getroffenen Entscheidung. Diese lässt sich abstrakter als »Spannung zwischen moralischer Zurückhaltung einerseits und moralischer Positionierung andererseits« (Moos 2019: 334) beschreiben und ist im Rahmen einer Metakompetenz der Seelsorge zu reflektieren.¹⁰

Der Begriff der Solidarität tritt in der Debatte als strittig in Erscheinung. Vor allem die verlangte »bedingungslose Solidarität« aus der Erklärung der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn wurde in der Rezeption als zu weit kritisiert, da sie die Freiheit der Seelsorgenden einschränken könnte. Die Professorin für Praktische Theologie Isolda Karle merkt dazu an, dass eine derartige Identifikation von Seelsorgenden mit Suizidwilligen, dass die Begleitung bedingungslos ist, fast schon anmaßend wäre – die bedingungslose Annahme wird innerhalb des theologischen Diskurses zunächst Gott zugeschrieben und nicht als normierende Erwartung formuliert. Karle schlägt daher vor, analog zur Militärseelsorge, die Haltung einer *kritischen* Solidarität einzunehmen beziehungsweise in Stellungnahmen zu empfehlen (vgl. Karle 2022: 169f.).

10 Der Begriff der Metakompetenz wurde im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtungsstudie mit Klinikseelsorgenden von Moos et al. etabliert und beschreibt die Reflexion der Seelsorgenden über ihren Umgang mit Moral in ihrer Berufspraxis, die Selbstdefinition der eigenen ethischen Rolle sowie Überlegungen zu einem Berufsethos (vgl. Moos/Ehm/Kliesch/Thiesbonenkamp-Maag 2016: 297–301; 308–311).

3. Die Sonderstellung des direkten Suizidvollzugs

Die größten Divergenzen ergeben sich in den Stellungnahmen in der Frage der Begleitung im Moment des Vollzugs der Suizidhandlung. Dabei besteht eine Spannung zwischen dem Wunsch, die Beziehung zu Menschen, die Seelsorge für sich in Anspruch nehmen möchten, nicht abbrechen zu lassen, und dem Schutz der professionellen Autonomie der Seelsorgenden. Darüber hinaus sollen Seelsorgende einem Suizid, der als Selbsttötung ein »aggressiver Akt« (vgl. ebd.; im Anschluss an Morgenthaler/Plüss/Zeindler 2017: 138) bleibt, nicht verpflichtend beiwohnen müssen. Die Stellungnahmen schlagen als Lösungsansatz für diesen Konflikt vor, gegebenenfalls eine Vertretung hinzuzuziehen, die sich zur Begleitung während des tatsächlichen Suizidvollzugs imstande sieht.

In der Praxis tritt vermutlich neben die Empfehlungen und Regelungen der Landeskirchen, dass in der Regel bereits vor solchen Begleitungen langjährige Vertrauensbeziehungen zwischen den Pfarrpersonen und denjenigen, die Seelsorge im Kontext eines assistierten Suizids in Anspruch nehmen, bestehen – sei es in der Frage, ob eine solche Sterbeart in Frage kommt, oder in der Begleitung der Durchführung. Überwindet sich eine Person, mit einem noch immer tabuisierten Thema die Pfarrperson anzusprechen, könnte die Pfarrperson einen gewissen Druck empfinden, die Begleitung auch anzunehmen.

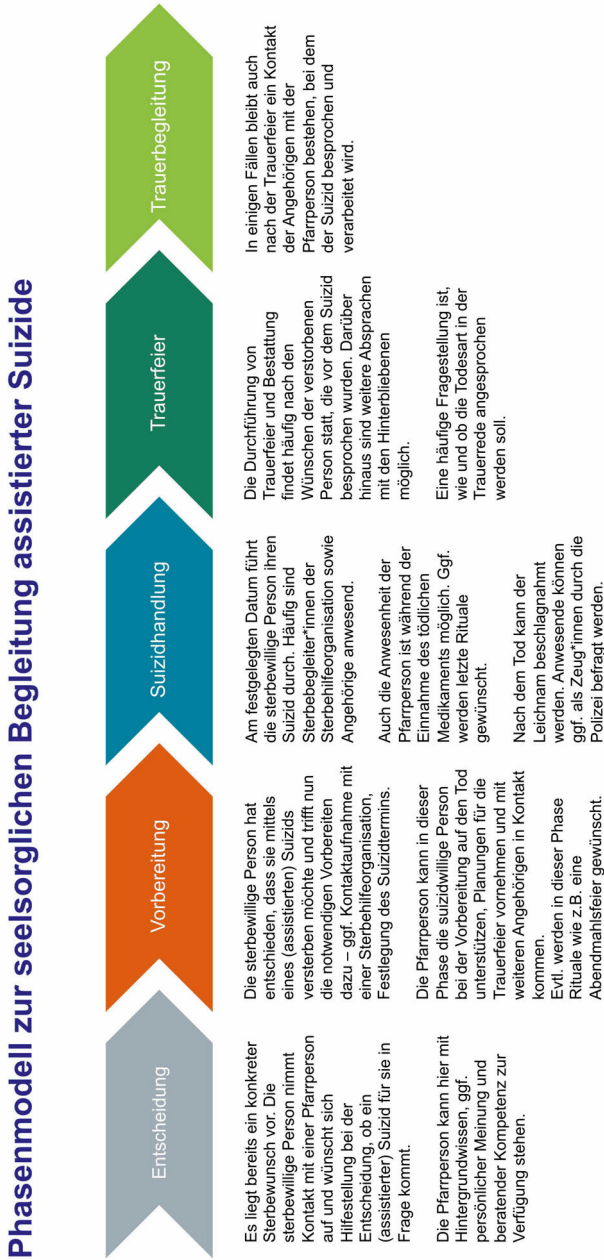
Mit Blick auf das bereits oben angesprochene Phasenmodell der seelsorglichen Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide erscheint es daher angemessener, von einer eigenen Phase des konkreten Vollzugs der Suizidhandlung auszugehen (siehe Abb. 1).

Ausblick

Zum Abschluss bleibt noch auf weiteren Forschungsbedarf in diesem Themenfeld hinzuweisen. Zwar liegt eine erste kommentierte Fallsammlung vor, jedoch fehlen belastbare quantitative Daten, die Aufschluss über die tatsächliche Frequenz und Art der Anfragen an Pfarrpersonen (und weitere mit Seelsorge beauftragte Personen), assistierte Suizide zu begleiten, geben. Damit einher geht auch die Frage eines Abgleichs der in den Stellungnahmen vertretenen Positionen mit den persönlichen Einstellungen der praktisch tätigen Seelsorgenden.¹¹

11 Das Forschungsprojekt BASIS, in dessen Kontext dieser Beitrag entstand, wird von der Evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich finanziell gefördert.

Abb.1: Phasenmodell zur seelsorglichen Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide



Adaptiert nach Morgenthaler, Plüss, Zeindler: Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen, Zürich: TVZ 2017.

Forschungsprojekt: BASIS / Sebastian Farr, Institut für Sozialethik, UZH

Literatur

- Anselm, Reiner/Karle, Isolde/Lilie, Ulrich: »Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen«, in: FAZ Nr.8/2021, »Die Gegenwart« am 11.01.2021.
- Arnold-Krüger Dorothee/Inthorn, Julia: »Einstellungen und Erfahrungen von Gemeindepfarrpersonen in Deutschland zur seelsorglichen Begleitung des assistierten Suizids«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022, S. 129–141.
- Bonhoeffer, Dietrich: Ethik, hg. v. Ilse Tödt/Heinz Eduard Tödt/Ernst Feil/Clifford Green (= Dietrich Bonhoeffer Werke, 6. Band), München: Chr. Kaiser Verlag 1992.
- Bührer, Wilfried: »Den Weg zu Ende gehen. Die Haltung des Kirchenrats, der Dekane und der Dekanin«, in: Evangelische Kirche des Kantons Thurgau (Hg.), Den Weg zu Ende gehen. In der Begegnung mit dem Sterben Lebendigkeit erfahren. Fachbeiträge und Testimonials zu Fragen der Selbstbestimmung am Lebensende, Frauenfeld: tecum 2019, S. 12–17.
- Bundesamt für Statistik: Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter, 2023, <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/24525192>.
- Coors, Michael: »Kirche und Suizidhilfe: Ein Verstehens-Versuch. Bedingt wohlwollende Gedanken zum FAZ-Artikel ›Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen‹ (FAZ 11.01.2021, ›Die Gegenwart‹)«, in: ZEITZEICHEN, 21.01.2021, <https://zeitzeichen.net/node/8781>.
- Coors, Michael/Farr, Sebastian (Hg.): Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022.
- Coors, Michael/Farr, Sebastian: »Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethische Theorie und seelsorgliche Praxis«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022, S. 11–26.
- Eglise Evangélique Réformée du canton de Vaud: Assistance au suicide et accompagnement pastoral, Lausanne 2016, https://www.ref.ch/wp-content/uploads/2017/01/161125_recommandation_assistance-au-suicide.pdf.
- Evangelische Kirche des Kantons Thurgau (Hg.), Den Weg zu Ende gehen. In der Begegnung mit dem Sterben Lebendigkeit erfahren. Fachbeiträge und Testimonials zu Fragen der Selbstbestimmung am Lebensende, Frauenfeld: tecum 2019.
- Evangelische Kirche in Deutschland: Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Hannover: EKD 2008.
- Famos, Rita: »Sterben zwischen Schicksal und Entscheidung. Perspektiven der Evangelisch-reformierten Kirche Schweiz (EKS)«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022, S. 281–293.
- Karle, Isolde: »Der assistierte Suizid – Herausforderungen für die Seelsorge«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022, S. 159–172.

- Mathwig, Frank: Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive, hg. vom Schweizerischen Evangelischen Kirchenbund SEK, Bern: Verlag Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund SEK 2007.
- Mathwig, Frank: Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2010.
- Meyer-Kunz, Susanna: »Angehörige und assistierter Suizid. Perspektiven der Spitalseelsorge«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022, S. 243–249.
- Moos, Thorsten: Seelsorge und Klinische Ethik, in: Traugott Roser, Handbuch der Klinikseelsorge, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2019, S. 334–343.
- Moos, Thorsten/Ehm, Simone/Kliesch, Fabian/Thiesbonenkamp-Maag, Julia: Ethik in der Klinikseelsorge. Empirie, Theologie, Ausbildung, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 2016.
- Morgenthaler, Christoph/Plüss, David/Zeindler, Matthias: Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2017.
- Plüss, David: »Wie predigen, nachdem jemand selbstbestimmt aus dem Leben ging? Zur Praxis von Traueransprachen im Zusammenhang von assistiertem Suizid«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022, S. 189–204.
- Reformierte Kirche Kanton Zürich: Assistierter Suizid und Seelsorge. Eine Handreichung, 2022, <https://www.zhref.ch/intern/kommunikation/materialien/materialien/begleitbrief-assist-suizid-und-seelsorge.pdf>.
- Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn: Solidarität bis zum Ende. Position des Synodalrats der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn zu pastoralen Fragen rund um den assistierten Suizid, Bern 2018, https://www.refbejuso.ch/fileadmin/user_upload/Downloads/Publikationen/Broschueren/SR_PUB_Assistierter-Suizid_180917.pdf.
- Renninger, Suzann-Viola: Wenn Sie kein Feigling sind, Herr Pfarrer. Werner Kriesi hilft sterben, Zürich: Limmat Verlag 2021.
- Spielmann, Jürg: »Perspektiven der Gemeindeseelsorge«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2022, S. 259–268.
- Schweizer Bischofskonferenz: Seelsorge und assistierter Suizid. Eine Orientierungshilfe für die Seelsorge, Lugano 2019, <https://www.bischoefe.ch/seelsorge-und-assistierter-suizid/>.
- Thomas, Günter: »Friendly fire«. Eine evangelisch-theologische Stellungnahme zu »Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen« (FAZ 11.01.2021, »Die Gegenwart«), in: ZEITZEICHEN, 18.01.2021. <https://zeitzeichen.net/node/8775>.
- Zimmermann, Markus: »Beihilfe zum Suizid – Entwicklungen und Debatten in der Schweiz«, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 4 (2021), S. 433–443.

Assistierter Suizid und die Pflege(nden)

Annette Riedel

1. Hinführung

Assistierter Suizid und Suizidhilfe betreffen die professionelle Pflege und die Pflegefachpersonen, wengleich in unterschiedlichen Ländern und abhängig von den jeweiligen gesetzlichen Grundlagen in variierender Form und Intensität. In Deutschland sind die Pflegenden wie auch die Pflegeverbände hinsichtlich einer Positionierung aktuell eher zurückhaltend, was daran liegen mag, dass die begriffliche Zuschreibung des *ärztlich* assistierten Suizids keine direkte Betroffenheit antizipieren lässt und die Entscheidung zu einer gesetzlichen Regelung aussteht (Stand Juli 2023). Diese abwartende Haltung zeigt sich unter anderem auch darin, dass die nach der Urteilsverkündung im Jahr 2020 – seitens der für die Profession zentralen Vertretungsorgane – verfassten Positionierungen (vgl. DBfK 2020; vgl. DPR 2020) im weiteren Verlauf der Diskussionen zum assistierten Suizid weder weitergehend fundiert noch näher profiliert wurden. Das heißt in der Folge, dass die Rolle der Pflegenden – als zentraler Profession in der Versorgung und Begleitung von Patient*innen und Bewohner*innen – in den aktuellen Diskussionen und Regelwerken zum assistierten Suizid in Deutschland nur begrenzte Aufmerksamkeit erfährt.¹ Gegenüber der hiesigen Zurückhaltung lässt sich indes antizipieren, dass Pflegenden (zukünftig) mit Wünschen und Anfragen zum assistierten Suizid konfrontiert werden. Bereits heute sind es vielfach die Pflegefachpersonen – als wichtige Bezugspersonen –, die als erste Berufsgruppe in Sterbe- und Todeswünsche wie auch

1 Eine vergleichbare Situation beschreiben Pleschberger und Petzold (2022) für Österreich im Vorfeld der dortigen Gesetzgebung und formulieren treffend: »Die Pflege scheint völlig außen vor zu sein, obwohl sie eigentlich mittendrin ist.« (Pleschberger/Petzold 2022: 141); übergreifend vgl. die Studie von Pesut et al. (2019b). Die aktuelle Diskussion in Frankreich zeigt indes, dass die Diskussionen rund um das Thema Sterbehilfe auch Pflegenden auf den Plan ruft. Dort wurde angesichts der aktuellen Debatten rund um ein mögliches Sterbehilfegesetz (vgl. z.B. Thiel 2021; vgl. <https://www.ccne-ethique.fr/node/540?taxo=44>) seitens einer Palliativvereinigung das »Manifeste de la SFAP« (Société Française d'Accompagnement des Soins Palliatifs; <https://sfap.org/actualite/manifeste-de-la-sfap>) erstellt, das zwischenzeitlich 20.744 Unterschriften verzeichnet (Stand Mai 2023). Die französische Gesellschaft für Begleitung und Palliative Care vertritt 10.000 Pflegenden und 6.000 Ehrenamtliche.

in den Wunsch nach Suizidassistenz eingebunden werden (vgl. Hol et al. 2023; vgl. Richardson 2023; vgl. Snir et al. 2022; vgl. Hébert/Asri 2022; vgl. Sandham et al. 2022; vgl. Ward et al. 2021; vgl. Cayetano-Penman et al. 2021; vgl. Wilson et al. 2021; vgl. Pesut et al. 2020c, 2019b; vgl. Elmore et al. 2018), dies aus einer spezifischen Situation heraus oder in Interaktionen, die von Nähe und Vertrauen geprägt sind. Studien aus Ländern, in denen der assistierte Suizid bereits seit geraumer Zeit gesetzlich geregelt und praktiziert wird, zeigen, dass die Thematik die Pflege(n)den per se tangiert und die Konfrontation als herausforderungsvoll (vgl. Wilson et al. 2020), vielfach als persönlich und moralisch belastend erfahren wird (vgl. Hol et al. 2023; vgl. Egger-Rainer et al. 2023; vgl. Variath et al. 2020; vgl. Dorman/Bouchal 2020; vgl. Pesut et al. 2019b; 2020c; vgl. Lamb/Pesut 2021; vgl. Wilson et al. 2021; vgl. Davidson et al. 2022; vgl. Elmore et al. 2018).

Unter Bezugnahme auf die Erfahrungen und Erkenntnisse aus Ländern wie zum Beispiel Kanada, den Niederlanden, Belgien und der Schweiz können sowohl die variierenden Rollen der Pflegefachpersonen wie auch die mit dem assistierten Suizid verbundenen potenziellen moralischen und ethischen Herausforderungen für die Pflege und die Pflegenden aufgezeigt werden.² Die Bezugnahme auf Studienergebnisse anderer Länder hinsichtlich der professionsethischen Perspektive kann – trotz der Varianzen zum deutschen System, was die Gesetzeslage zum assistierten Suizid und die pflegberufliche Bildung betrifft – dahingehend bedeutsam sein, notwendige und zeitnah anzubahende Interventionen und Formen der Unterstützung für Pflegende abzuleiten. Hierbei kann es um die Annäherung an Qualifikationsbedarfe gehen wie auch darum, konkrete Maßnahmen der moralischen Entlastung für die Pflegefachpersonen klarer zu konturieren. Die Erfahrungen aus anderen Ländern können die Dringlichkeit eines zeitnahen Handlungsbedarfs zur Vorbereitung der Pflegefachpersonen auf die ethisch hochkomplexe Thematik und die damit verbundenen pflegeethischen und -fachlichen Anforderungen verdeutlichen. Die Ausführungen verfolgen einerseits das Ziel, genau diese Bedarfe herauszuarbeiten und zu präzisieren, andererseits soll deutlich werden, dass Pflegefachpersonen als eine wichtige von der Thematik betroffene Berufsgruppe in anstehende Entscheidungsprozesse und die Entwicklung von Regelwerken im Kontext des assistierten Suizids zu berücksichtigen sind. Dies bestenfalls im Sinne der gestärkten Selbstwirksamkeit und der Prävention moralischen Belastungserlebens, vor allem aber auch im Sinne der betroffenen Patient*innen und Bewohner*innen sowie deren An- und Zugehörigen.

2. Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen – Bestandteil des professionellen Auftrags

Die Äußerung eines Sterbewunsches wie auch der Wunsch nach Suizidassistenz sind stets als ein Vertrauensbeweis zu bewerten und repräsentieren eine auf Vertrauen basierende Pflegebeziehung. Zugleich kommt den Pflegefachpersonen als ersten Adressaten

2 Die Rolle der Pflegenden wird z.B. in Kanada und der Schweiz dezidiert beschrieben (SBK/ASI 2021; Canadian Nurses Association 2017; College of Nurses Ontario 2021; Government of Canada 2023); in den US-Staaten ist die Rolle der Pflegenden indes aktuell noch nicht klar definiert (Roy 2022).

eines Sterbe- oder Suizidwunschs auch eine besondere Verantwortung zu (vgl. Feichtner 2022a, 2022c; vgl. Pleschberger/Petzold 2022; vgl. ÖPG 2022; vgl. Davidson et al. 2022; vgl. Pesut et al. 2019b). Dies auch angesichts dessen, dass derartige Situationen und die damit verbundenen Gesprächsangebote absolute Priorität einfordern und keinen Aufschub erlauben. Die Vielschichtigkeit der mit einem Sterbe- wie auch mit einem Suizidwunsch verbundenen Bedeutungen sind indes herausfordernd und verlangen seitens der Pflegefachpersonen ein hohes Maß an Professionalität, denn das entgegengebrachte Vertrauen fordert Resonanz sowie eine wertfreie und respektvolle Reaktion. Hierbei ist zu konstatieren: Sterbe- und Todeswünsche sind komplexe subjektive Phänomene.³ Sie haben unterschiedliche Funktionen, (Hinter-)Gründe (z.B. Hoffnungslosigkeit, belastende Symptome und subjektives, existenzielles Leid, die Wahrnehmung, eine Last für andere zu sein, der Verlust von Selbstwirksamkeit, die Angst vor Würdeverlust, Scham, Erschöpfung ...) und Kontextfaktoren. Sie sind geprägt von existenziellen, psychosozialen und spirituellen Faktoren, von persönlichen Überzeugungen und Wertorientierungen, die sich wiederum in unterschiedlichen Ausdrucksformen zeigen, vielschichtig und mehrdeutig sind, in unterschiedlicher Intensität auftreten und sich vielfach als unbeständig und fluktuierend erweisen (vgl. Streeck 2022; vgl. Zimmermann et al. 2019; vgl. Ohnsorge et al. 2014; vgl. Ohnsorge 2015; vgl. Rehmann-Sutter 2015; vgl. Rodríguez-Prat et al. 2017). Sterbe- und Todeswünsche – in ihrer umfassenden Volatilität – sind häufig der Ausdruck von existenzieller Not und Verzweiflung wie auch sehr persönlicher Befürchtungen und Empfindungen, die in all ihren Schwankungen einen umfassenden Prozess der Begleitung, Kommunikation und Intervention einfordern (vgl. Ohnsorge et al. 2019; vgl. Wilson et al. 2021; vgl. Kremeike et al. 2023; vgl. Klesse et al. 2022; vgl. DER 2022; vgl. DGP 2021) und folglich auch die Profession Pflege tangieren. Der geäußerte Sterbewunsch und/oder die Frage nach einem assistierten Suizid ist zugleich ein Türöffner und stellt eine Möglichkeit dar, über das subjektive existenzielle Leiden zu sprechen, um ein tieferes Verständnis vor dem Hintergrund der individuellen Biografie und wirkender Kontextfaktoren zu erlangen, aber auch um Fragen zu klären, die für die betroffene Person akut und bedeutsam sind (vgl. Krones/Monteverde 2022; vgl. DER 2022; vgl. Bobbert 2022; vgl. SAMW 2022; vgl. Klesse et al. 2022; vgl. Ward et al. 2021; vgl. Wilson et al. 2021; vgl. Geignard/Hurst 2019). Dies kann auch die An- und Zugehörigen betreffen. Auch hier wird ein genuin pflegeprofessioneller Auftrag explizit, der sich in einem empathischen, achtsamen und zugewandten Zuhören ausdrückt und sich in einer respektvollen Beratung über alternative Optionen zum assistierten Suizid zeigt.

Auch der assistierte Suizid geht von einem Sterbewunsch aus, wenngleich nicht jeder Sterbewunsch als suizidale Äußerung oder als ein Wunsch nach Suizidassistenz interpretiert beziehungsweise bewertet werden darf. So formuliert Rehmann-Sutter: »Der Wunsch zu sterben ist ein breiterer Begriff als der Suizidwunsch.« (2019: 287) In dieser Differenzierung wird deutlich, wie bedeutsam es ist, Sterbewünsche ernst zu nehmen und darüber zu sprechen, aber auch die formulierten Wünsche möglichst genau zu erfassen, um deren situative und subjektive Bedeutung, Funktion und Hintergründe

3 Zum Phänomen und zur Komplexität der Suizid- und Todeswünsche und deren Formen vgl. z.B. Leitlinienprogramm Onkologie (2020); vgl. Kremeike et al. (2023); vgl. Streeck (2022); vgl. Radbruch et al. (2016).

zu verstehen (vgl. Streeck 2022; SAMW 2022). In Einrichtungen des Gesundheitswesens und im ambulanten Dienst kennen die Pflegefachpersonen die zu pflegenden Menschen – und zumeist auch deren An- und Zugehörige – vielfach bereits über einen längeren Zeitraum. Sie haben folglich einen Eindruck von relevanten Wertorientierungen, sie wissen vielfach um die beeinflussenden Faktoren der persönlichen Lebensqualität und die Qualitäten des subjektiven Leidens. Die Perspektive der Pflege – als genuiner Beziehungsberuf – kann insbesondere in komplexen Fragestellungen wie zum Beispiel der Freiverantwortlichkeit eines Wunschs nach einem assistierten Suizid, der notwendigen Abgrenzung zu einer »prekären Selbstbestimmung« (DER 2022: 104, 110), aber auch hinsichtlich der Beständigkeit von Suizidwünschen einen wichtigen Beitrag leisten, auch im Sinne der Advocacy. Pflegefachpersonen sollten sich diesbezüglich als wertvolle und wichtige Informationsquelle verantwortungsvoll in die komplexen Entscheidungs- und Abwägungsprozesse im interdisziplinären Team einbringen (vgl. Variath et al. 2020).

Gegenüber dem dargelegten pflegeberuflichen Auftrag ist zu konstatieren: Die Konfrontation mit Sterbe- und Todeswünschen und insbesondere die spezifische Bitte um Suizidassistentz stellt eine umfassende individual- und professionsethische Herausforderung für die Pflegefachpersonen dar, da sie mehrere persönliche Ebenen adressiert (emotional und moralisch, die Haltung und das Gewissen) (vgl. Snir et al. 2022; Hébert/Asri 2022; vgl. Velasco Sanz et al. 2022; vgl. Klesse et al. 2022; vgl. Sandham et al. 2022; vgl. Pesut et al. 2020c; vgl. Lamb/Pesut 2021; vgl. Elmore et al. 2018). Zugleich wird die professionelle Ebene, das professionelle Selbstverständnis adressiert: So kann der Wunsch einer Person, ihr Leben zu beenden oder zu verkürzen, auch dahingehend interpretiert werden, dass es trotz umfassender professioneller Pflege beziehungsweise auch interdisziplinärer Palliative Care nicht gelungen ist, das Leiden in all seinen Dimensionen zu lindern und diese Einschätzung folglich als eine Kränkung beziehungsweise als Versagen erfahren wird (vgl. Riedel et al. 2022a; vgl. Elmore et al. 2018; vgl. Kremeike et al. 2023; vgl. Roser 2022). Ferner könnte der assistierte Suizid als mögliche Konkurrenz zur professionellen Pflege und interdisziplinären Palliativbetreuung aufgefasst werden, weil er als Alternative zu einer möglicherweise leidvollen Sterbeerfahrung gesetzt wird (vgl. Feichtner/Pachschwöll 2022; vgl. Joolae et al. 2022; vgl. Mathews et al. 2021), was ebenfalls den professionellen Auftrag, das professionelle Selbstverständnis wie auch die Pflegebeziehung und das Vertrauen berühren kann.⁴

Deutlich ist: Die Option des assistierten Suizids hat Auswirkungen auf die Pflege und das pflegeberufliche Selbstverständnis, aber auch auf die Pflegefachpersonen, deren professionelle Werte und Moralvorstellungen wie auch ihre individual- und professionsethische Haltung.

4 Zum Thema Suizidbeihilfe und Palliative Care wie auch zur Hospice Care und den damit einhergehenden Widersprüchen, Spannungsfeldern, Herausforderungen und Einstellungen vgl. insbesondere: Bausewein (2022); Feichtner/Pachschwöll (2022), Empfehlungen DGP (2021), Handreichung ÖPG (2022); Ward et al. (2022); Weixler (2022); Joolae et al. (2022); Gerson et al. (2020). Das Ideal des Hospizes als »safe place« entbindet indes nicht von der Relevanz und den notwendigen Angeboten der ethischen Reflexion (Auret et al. 2022; Freeman et al. 2021).

3. Aktuelle Positionierungen und ethische Rahmungen – die Bedeutsamkeit der professionsethischen Auseinandersetzung

Ziel der folgenden Darlegungen ist es, einen ersten Eindruck bezüglich vorliegender Positionen der Profession Pflege in Deutschland aufzuzeigen, aber auch die relevanten, noch ausstehenden Klarlegungen herauszuarbeiten.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)⁵ hat sich im Februar 2017 zur »Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung« positioniert. Damals formulierte der Berufsverband: »Beruflich Pflegende sind wie Ärzte mit den Todeswünschen von Patienten konfrontiert« (DBfK 2017). Bezugnehmend auf den damals gültigen ICN-Ethikkodex (ICN 2012) – der ICN-Ethikkodex stellt die zentrale normative Orientierungsdirektive und den zentralen Wertekompass für Pflegefachpersonen dar (vgl. Riedel 2023b) – formuliert der Verband weiter: »Der Berufskodex stellt klar, dass es nicht zu den Aufgaben beruflich Pflegender gehört, Patient/innen beim Suizid zu assistieren.« (DBfK 2017 mit Ergänzungen 2020: 2) Im März 2020 wurde im Nachgang zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in das Positionspapier von 2017 eine halbseitige Ergänzung aufgenommen, die ausschließlich auf das Urteil und dessen Sachverhalt verweist (DBfK 2017 mit Ergänzungen 2020). Deutlich ist: Zum aktuellen Urteil des Bundesverfassungsgerichts positioniert sich der Berufsverband nicht, auch nicht zu den möglichen pflegeprofessionellen und -ethischen Implikationen angesichts des Urteils (Stand Mai 2023).

Der Deutsche Pflegerat (DPR)⁶ publizierte im Jahr 2015 ein Grundsatzpapier »Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen« und formuliert im ersten Satz des Papiers: »Beruflich Pflegende sind häufig mit dem erklärten Todeswunsch oder dem Ansinnen nach einer Hilfestellung bei der Selbsttötung konfrontiert« (DPR 2015). Das Grundsatzpapier verweist ebenfalls auf den ICN-Ethikkodex (ICN 2012) und die ethischen Dilemmata für die Pflegenden, die Option eines assistierten Suizids betreffend. Angesichts dessen, dass Pflegende gemäß dem DPR »mittelbar oder unmittelbar an der Beihilfe zur Selbsttötung beteiligt werden könnten« (DPR 2015), will das Grundsatzpapier aus dem Jahr 2015 den Pflegenden eine Hilfestellung im Umgang mit der Thematik wie auch mit der persönlichen und berufsethischen Auseinandersetzung bieten (vgl. DPR 2015). Im Mai 2020 veröffentlichte der DPR »Vorschläge [...] zu wesentlichen Eckpunkten für eine Neuregelung der Suizidassistenten« (DPR 2020). Auch in diesem Papier unterstreicht der DPR die Gegebenheit, dass Pflegefachpersonen als unmittelbare Ansprechpartner*innen für die zu pflegenden Menschen von Regelungen der Suizidassistenten betroffen sind und folglich das Interesse nach klaren Regelungen besteht. Das zweiseitige Papier endet mit der Forderung, dass es Mitarbeitenden möglich sein muss, eine aktive Mitwirkung an der Suizidassistenten aus Gewissensgründen zu verweigern. Der DPR greift damit den Aspekt des Gewissensvorbehaltes auf, auf den auch im letzten Satz des Urteils des Bun-

5 Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist die größte berufliche Interessensvertretung der Pflegeberufe in Deutschland (<https://www.dbfk.de/de/index.php>).

6 Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) ist der Dachverband der zentralen Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens (<https://deutscher-pflegerat.de>).

desverfassungsgerichts verwiesen wird: »All dies lässt unberührt, dass es eine Verpflichtung zur Suizidbeihilfe nicht geben darf.«⁷

Hervorzuheben ist, dass sowohl der DBfK wie auch der DPR in den vorliegenden Papieren ein mögliches Involviertsein der Pflegefachpersonen im Kontext des assistierten Suizids antizipieren, insbesondere als (vielfach erste) Ansprechpersonen für die pflegebedürftigen Menschen. Beide Papiere beziehen sich indes nicht auf den aktuellen ICN-Ethikkodex von 2021, der erst im Nachgang veröffentlicht wurde, es ist an dieser Stelle auf eine Veränderung in der Präambel und auf eine in diesem Kontext wichtige Ergänzung in dem Kodex hinzuweisen. So beschreibt die Präambel des ICN-Ethikkodex für Pflegende aus dem Jahr 2012 die grundlegenden Aufgaben wie folgt: »Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern« (ICN 2012: 1). Demgegenüber nimmt der umfassend überarbeitete ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen (2021) eine Ergänzung auf und formuliert »... sowie Leiden zu lindern und ein Sterben in Würde zu unterstützen« (ICN 2021: 5)⁸. Inwieweit diese Ergänzungen mit den internationalen Diskursen zu Suizidbeihilfe in Verbindung stehen, ist fraglich, gleichsam wird den Pflegefachpersonen damit eine weitere grundlegende Aufgabe zugeschrieben. Deutlich ist aber auch: Diese Erweiterung – wie auch die weiteren Ausführungen im Kodex – erlauben in Bezug auf den assistierten Suizid keine klare professionsbezogene Positionierung beziehungsweise ersetzen die professionsethische Auseinandersetzung nicht (vgl. Riedel 2023b). Im Kontext des assistierten Suizids ist eine weitere Ergänzung im aktuellen ICN-Ethikkodex bedeutsam: die Verweigerung aus Gewissensgründen. Das heißt, Pflegefachpersonen können laut dem Ethikkodex eine Mitwirkung an Maßnahmen verweigern, die »das Gefühl der moralischen Integrität« (ICN 2021: 28) gefährden.⁹ Hierunter ist durchaus auch die Mitwirkung am assistierten Suizid zu assoziieren, wenngleich diese Bezugnahme im Kodex selbst nicht erfolgt.

Die pflegeprofessionelle Perspektive erweiternd sei an dieser Stelle auf zwei genuin ethische Positionierungen verwiesen: Auf den ethischen Standpunkt des Schweizer Berufsverbandes für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK/ASI 2021) und auf die »Denkanstöße« der beiden Arbeitsgruppen »Pflege und Ethik« in der Akademie für Ethik in der Medizin (vgl. Riedel et al. 2022a). Letztere Ausführungen verweisen auf die professionelle Verantwortung der Pflegefachpersonen, den Einbezug der pflegerischen Expertise im Kontext der Thematik wie auch auf die relevanten Bildungsprozesse. Das Papier formuliert abschließend, die Pflege als Profession sei »an allen Diskursen zum assistierten Suizid, zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, von Prozessen und Verfahren in legitimer und transparenter Weise gemäß ihrer Expertise und Verantwortung zu beteiligen« (Riedel et al. 2022a: 714). Die »Denkanstöße«, die im Nachgang zum Bundesverfassungsurteil im Jahr 2020 und im Hinblick auf das Ge-

7 BVerfG 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, RN 342 https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html.

8 Im Original: »promote a dignified death« (S. 2) (https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_o.pdf).

9 Die Bedeutsamkeit, das Augenmerk in der Pflege auch auf das Gewissen, den Gewissensvorbehalt wie auch auf die Möglichkeit zur Ablehnung aus Gewissensgründen zu lenken, betont zugleich die ANA (American Nurses Association) (2019).

setzungsverfahren erstellt wurden, können die mögliche Rolle und die potenziellen ethischen Dilemmata der Pflege im Kontext des assistierten Suizids zwar antizipieren, indes (noch nicht) konkretisieren.

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK/ASI) kann angesichts der Erfahrungen in der Schweiz an dieser Stelle sehr viel konkreter werden. Bereits im Jahr 2005 veröffentlichte der Verband einen ethischen Standpunkt: »Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags« (SBK/ASI 2005). Der SBK verweist in diesem Papier auf das moralische Dilemma der Pflegenden zwischen ihrem »pflegerischen Auftrag – Gutes zu tun und nicht zu schaden – und der Achtung vor dem Willen des Patienten, so zu sterben, wie er möchte« (SBK/ASI 2005). Mehr als 15 Jahre später veröffentlicht der Berufsverband einen vollständig überarbeiteten ethischen Standpunkt »Pflege im Kontext des assistierten Suizids« (SBK/ASI 2021), der verdeutlicht, dass es nicht mehr primär um die Positionierung als Profession geht, sondern um einen professionellen Umgang und einen klar beschriebenen professionellen Auftrag. Zugleich wird deutlich, dass es definierter Grundsätze bedarf, um den Pflegenden eine Orientierung für die ethischen Fragen und moralischen Konflikte im Zusammenhang des assistierten Suizids zu eröffnen. Denn, so formuliert der Berufsverband: »Mit der Zunahme von assistierten Suiziden nehmen die damit verbundenen ethischen Herausforderungen und Fragen zu.« (SBK/ASI 2021) Als zentrale ethische Orientierungsdirektiven für die Pflegenden und die Pflege werden in der Schlussbemerkung die Menschenwürde und die Einzigartigkeit des Lebens als »fundamentale Grundsätze« benannt, was für den Berufsverband zu dem abschließenden Satz führt: »Dies bedeutet Fürsorge und Unterstützung sowie die Linderung von bio-psychosozialen und spirituellen Symptomen, unabhängig von der Art des Sterbens.« (SBK/ASI 2021; vgl. auch SBK/ASI 2018) Die formulierten Grundsätze sowie die daraus abgeleitete Konsequenz sind anschlussfähig an die Formulierung im ICN-Ethikkodex: »Leiden zu lindern und ein Sterben in Würde zu unterstützen« (ICN 2021: 5). Das heißt auch: Es ist ethisch geboten, die pflegerische Betreuung, die professionelle Palliative-Care-Begleitung und die Linderung des Leidens auch bei einem Wunsch nach einem assistierten Suizid aufrecht zu erhalten, zu der auch eine umfassende, offene, sensible und respektvolle Beratung zu den Alternativen der Suizidassistenz sowie möglichen Formen der Unterstützung und Entlastung im Sinne des Total-Pain-Ansatzes gehören. Und es bedeutet ferner: Selbst wenn der Wunsch nach einem assistierten Suizid pflegebezogene Konflikte und moralisches Unbehagen beziehungsweise moralische Unsicherheit auslöst, ist die Entscheidung eines Menschen für einen assistierten Suizid seitens der Pflegefachpersonen zu respektieren.

Die vorliegenden Positionierungen markieren deutlich, dass das Thema des assistierten Suizids die Pflegenden und die Pflege tangiert, dass für die Pflege(nden) in Deutschland eine dezidierte – insbesondere auch ethische – Auseinandersetzung innerhalb der Profession noch aus- beziehungsweise ansteht und unabdingbar ist. In Bezug auf die beiden ethischen Standpunkte aus der Schweiz wird zugleich deutlich, dass die prozessuale Auseinandersetzung mit dem assistierten Suizid zunächst einer klaren Positionierung, einer professionsethischen Haltung gegenüber der Option des assistierten Suizids bedarf (vgl. SBK/ASI 2005), um dann in einem nächsten Schritt den

Schwerpunkt auf den professionsethischen Umgang mit dem assistierten Suizid in der Pflege zu legen, beziehungsweise legen zu können (vgl. SBK/ASI 2021).

4. Moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen – die Bedeutsamkeit der vorausschauenden Prävention

Im Folgenden werden exemplarisch Erkenntnisse aus Studien dargelegt, die insbesondere die Erfahrungen von Pflegefachpersonen im Kontext des assistierten Suizids beziehungsweise der Suizidbeihilfe aufzeigen. Der Fokus liegt hierbei auf dem moralischen Belastungserleben als Ausdruck der verletzten moralischen Integrität, welche sich auf die moralische Verfasstheit und Handlungsfähigkeit der Pflegefachpersonen auswirken kann (vgl. Riedel et al. 2023, 2022b). Im Mittelpunkt der exemplarisch hinzugezogenen Studienergebnisse liegt das Augenmerk auf dem subjektiven Erleben der Pflegefachpersonen. In der Bezugnahme auf Studien ist an dieser Stelle nochmals der zu bedenkende Sachverhalt hervorzuheben, dass das Qualifikationsniveau der Pflegefachpersonen länderbezogen variiert und angesichts der länderspezifischen Gesetzgebungen auch die Rolle der Pflegenden im Kontext der Suizidbeihilfe unterschiedlich ist. So nehmen zum Beispiel die Pflegefachpersonen in Kanada im Prozess der Suizidbeihilfe eine aktive und umfassende Rolle ein (vgl. Canadian Nurses Association 2017; vgl. College of Nurses of Ontario 2021; vgl. Government of Canada 2023; vgl. Hébert/Asri 2022; vgl. Pesut et al. 2019a; 2020d; vgl. Elmore et al. 2018). In Belgien (vgl. Devos 2022; vgl. Bellens et al. 2020), Luxemburg, den Niederlanden (vgl. Ruppert 2022; vgl. Feichtner 2022b; vgl. Hol et al. 2023) und Österreich spielen die Pflegenden keine dezidiert definierte Rolle (wenngleich sie tangiert sind), alle Aufgaben liegen in der Verantwortung der Ärzt*innen (vgl. Weixler 2022; vgl. Pleschberger/Petzold 2022; vgl. Feichtner 2022c). In der Schweiz hat der Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK/ASI) klar formuliert, dass die Beihilfe zum Suizid keinen Gegenstand des pflegeberuflichen Handelns darstellt. Das heißt aber nicht, dass Pflegefachpersonen im Prozess der Suizidbeihilfe gänzlich außen vor beziehungsweise nicht involviert sind (vgl. SBK/ASI 2021; vgl. ders. 2018; vgl. Gamondi et al. 2022). Für die US-Staaten wird konstatiert, dass die Rolle vielfach noch nicht klar definiert beziehungsweise beschrieben ist (vgl. Roy 2022). Für die Konturierung übergreifender Merkmale und Konsequenzen des subjektiven moralischen Belastungserlebens der Pflegefachpersonen im Zusammenhang von Wünschen nach Suizidbeihilfe und der Umsetzung eines assistierten Suizids erscheint die Bezugnahme auf Studien und Reviews aus anderen Ländern als legitimierbar. Bestenfalls ist angesichts einer anderen Form des Involviertseins der Pflegefachpersonen in Deutschland ein geringeres Ausmaß an moralischem Belastungserleben zu erwarten. Die Prävention dessen erscheint unabhängig davon als evident. Ziel dieser Annäherung ist es, auf der Basis der Erfahrungen anderer Länder bereits heute mögliche Maßnahmen zur Prävention und zum Umgang mit moralischem Belastungserleben von Pflegefachpersonen im Kontext der Thematik abzuleiten.

Nicht immer können Pflegefachpersonen gemäß dem pflegeberuflich grundgelegten moralischen Kompass entscheiden und handeln, dies trifft auch auf das Thema der Suizidbeihilfe zu (vgl. Hol et al. 2023; vgl. Davidson et al. 2022; vgl. Lamb/Pesut 2021;

vgl. Cayetano-Penman et al. 2021; vgl. Pesut et al. 2020b; vgl. Elmore et al. 2018; vgl. Terkamo-Moisio et al. 2017). Sowohl die Gegebenheit, sich nicht an den gültigen ethischen Werten orientieren zu können, aber auch der Umstand, die moralische Verantwortung für Entscheidungen übernehmen zu müssen beziehungsweise Entscheidungen mittragen zu müssen, die nicht mit dem professionellen Werteverständnis beziehungsweise dem moralischen Kompass kongruent sind, wie auch die eigene Erkenntnis, die situative professionelle moralische Verantwortung nicht realisieren zu können, führen zu moralischem Belastungserleben. Moralisches Belastungserleben wird an dieser Stelle als subjektives Erleben definiert. Moralisches Belastungserleben entsteht in der situativen und/oder retrospektiven Bezugnahme auf das subjektive Erleben und individuelle Handeln in der Konfrontation beziehungsweise im Umgang mit moralisch gehaltvollen Situationen, die wiederum von der persönlichen und professionellen Verfasstheit der Pflegefachperson wie auch durch die kontextuellen Rahmenfaktoren geprägt sind. Moralisches Belastungserleben kann unterschiedliche Erlebensqualitäten annehmen, die sich durch eine jeweils spezifische Ausprägung der Erlebenscharakteristika des moralischen Integritätserlebens und des erfahrenen moralischen Unbehagens auszeichnen. Diese Unterscheidung soll verdeutlichen, dass das subjektive Erleben der moralischen Belastung wie auch der Charakter des Erlebens in seinen Formen (moral distress, moral residue, moral injury) variiert und sich das Erleben selbst in den je individuellen emotionalen, aber auch psychischen und physischen Ausdrucksformen unterschiedlich darstellt (vgl. Riedel et al. 2023; vgl. dies. 2022b). Studien im Kontext der Suizidhilfe verweisen zum Beispiel auf das Potenzial, die moralische Integrität der Pflegenden zu verletzen (vgl. Yeo et al. 2020; vgl. Pesut et al. 2020b), moralische Unsicherheit/Ungewissheit hervorzurufen (vgl. Dorman/Bouchal 2020), aber auch moral distress (vgl. Hol et al. 2023; vgl. Kirchhoffer et al. 2023; vgl. Egger-Rainer et al. 2023; vgl. Davidson et al. 2022; vgl. Byrnes et al. 2022; vgl. Dholakia et al. 2022; vgl. Dorman/Bouchal 2020; vgl. Yeo et al. 2020; vgl. Variath et al. 2020; vgl. Wilson et al. 2021; vgl. Pesut et al. 2019b, 2020c; vgl. Elmore et al. 2018) und moral injury (vgl. Lamb/Pesut 2021) auszulösen.

So kommen zum Beispiel kanadische Autor*innen (vgl. Elmore et al. 2018) in ihrem Review qualitativer Studien mit dem Ziel, das moralische Erleben (moral experiences) von Pflegenden zu untersuchen, die mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid konfrontiert werden, zu dem Ergebnis, dass der Anfrage nach einem assistierten Suizid seitens der Pflegenden mit einer großen Ernsthaftigkeit und einem umfassenden – persönlichen und professionellen – Verantwortungsgefühl begegnet wird. Diese Reaktionen zeigen sich in einer bestmöglichen Symptomkontrolle und umfassenden Palliativ Care. Zugleich setzten sich die Pflegenden dafür ein, dass letzte Wünsche gehört und respektiert werden, im Sinne einer anwaltschaftlichen Interessenvertretung für die Patient*innen. Die moralischen Erfahrungen werden beeinflusst durch (institutionelle und organisatorische) Kontextfaktoren, die sich auf den Wunsch nach optimaler Pflege und Begleitung der Patient*innen entweder als förderlich oder als hinderlich erweisen. Das moralische Erleben beeinflussende Faktoren sind die Kompetenzen zur Begleitung der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen, der Einbezug in interprofessionelle Entscheidungen, aber auch die Frage der Legalität eines solchen Wunsches. Die belastenden Erfahrungen können durch die moralische Unterstützung und Entlastung seitens der Teams abgemildert werden. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass ange-

sichts der ethischen Komplexität und der vielfältigen Kontroversen im Zusammenhang des assistierten Suizids die erlebte Selbstwirksamkeit und die Zuversicht der Pflegenden in die eigens geleistete, bestmögliche Pflege und Begleitung für die Patient*innen wie auch deren Familie retrospektiv eine bedeutsame Rolle spielen, ebenso wie die moralische und emotionale Begleitung: »nurses caring for patients requesting assisted death feel a strong need for moral and emotional support, confirming that they have done a good job and have provided a good care« (Elmore et al. 2018: 968).

Ebenfalls aus Kanada kommen die Studienergebnisse von Pesut et al. (2020c). Im Fokus der Studie steht zum einen die Bedeutsamkeit der moralischen Intuitionen der Pflegenden: »We experience moral intuitions as powerful as an elephant, and then we try to control those responses to our moral reasoning.« (Pesut et al. 2020c: 3871), zum anderen der »emotional impact of MAiD« (ebd.: 3879). In der qualitativen Studie mit 59 Pflegenden aus Kanada kommen Pesut et al. (2020c) zu dem Ergebnis, dass Pflegende im Kontext des assistierten Suizids variierend tiefe und zum Teil konflikthafte emotionale Reaktionen zeigen. Diese wiederum ziehen unterschiedliche moralische Positionierungen nach sich, um den jeweiligen Entscheidungen Bedeutung und Sinn zuzuweisen. Die Bedeutungs- und Sinnzuweisungen umfassen: »patient choice, control and certainty, an understanding that it was not about the nurse, a commitment to staying with patients through suffering; consideration of moral consistency; issues related to the afterlife; and the peace and gratitude demonstrated by patients and families« (ebd.: 3870; vgl.: 3874). Der moralische Prozess, dem assistierten Suizid in seiner moralischen und ethischen Komplexität Bedeutung und Sinn zuzuweisen und angesichts der moralischen Identität die Entscheidung der Mitwirkung als primär von der*dem Patient*in ausgehend und primär für die*den Patient*in realisiert zu rechtfertigen, wird als mühselig und vielschichtig beschrieben. Als mögliche Folge wird der moral distress benannt: »The combination of moral difficult act, a deep commitment to vulnerable patients and the sublimation of nurse's experience is a perfect storm for moral distress.« (Ebd.: 3880) Zusammenfassend formulieren Pesut et al. (2020c: 3871; vgl. Pesut et al. 2019b): »This findings will assist other countries to better prepare and support nurses in contexts where MAiD is legal or anticipated to become legal in the near future.«

Die qualitative Studie aus Norwegen (dort ist der assistierte Suizid illegal) von Hol et al. (2023) exploriert und analysiert die ethischen Herausforderungen von Pflegenden, wenn sie mit der Anfrage des assistierten Suizids konfrontiert werden. Es konnten im Rahmen von 15 qualitativen Interviews folgende vier Themen identifiziert werden: »(1) unprepared for the request; (2) meeting direct, indirect, and nonverbal requests; (3) working in a gray zone, and (4) feeling alone and powerless« (ebd.: 1; 4ff.). Angesichts der Tabuisierung der Thematik und der damit verbundenen ethischen Herausforderungen fühlen sich die Pflegenden moralisch unsicher, und es kann sich moralischer Stress entwickeln: »Ethical and moral decisions in response to receiving a request for assisted dying may produce conflicts for nurses that can lead to moral uncertainty and moral distress.« (Ebd.: 7)

Wenngleich zu konstatieren ist, dass sich die Situation in Norwegen nicht identisch zu der hiesigen gestaltet und dass Pflegefachpersonen in Kanada in Bezug auf den assistierten Suizid eine besondere Rolle einnehmen und in den gesamten Prozess der Suizid-assistenz dezidiert involviert sind, erscheinen die Erkenntnisse für die Profession Pflege

per se als bedeutsam. Dies insbesondere dahingehend, das Augenmerk bereits jetzt auf die Prävention (moralisch) belastender Emotionen zu legen (vgl. Ward et al. 2021; vgl. Pesut et al. 2020c), die professionellen Werte, die moralische Identität und die (zukünftige) Rolle zu klären beziehungsweise zu reflektieren (vgl. Pesut et al. 2020b; 2020d), Palliative-Care-Kompetenzen zu vertiefen und ethische Kompetenzen angesichts der moralischen und ethischen Komplexität zu vermitteln (vgl. Elmore et al. 2018; vgl. Pesut et al. 2019a; 2020a; 2020d; 2021; vgl. Hol et al. 2023). Die Konzeptanalyse von Dorman/Bouchal (2020) verweist zum Beispiel auf die Bedeutsamkeit dahingehend, dass Pflegefachpersonen die Phänomene der moralischen Unsicherheit/Ungewissheit (moral uncertainty) und des moralischen Stresses (moral distress) kennen und voneinander abgrenzen können,¹⁰ auch angesichts der jeweils unterschiedlichen entlastenden Interventionen, die in der Folge eingefordert werden sollten. Sie formulieren:

»both moral distress and moral uncertainty play a role in how nurses respond and react to situations where clients request MAiD. [...] As nurses more frequently receive and participate in requests for MAiD, understanding moral uncertainty and moral distress may help to direct nurses in their practice and support them with the moral and ethical situations that subsequently arise.« (Dorman/Bouchal 2020: 326f.)

Deutlich ist, die Konfrontation mit Sterbe- und Todeswünschen und insbesondere mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid stellt eine erhebliche persönliche und professionelle moralische sowie ethische Herausforderung dar, die entsprechende Unterstützungsbedarfe einfordert, insbesondere auch die Prävention und Reduktion des moralischen Belastungserlebens betreffend. Die Überlegungen zur Realisierung und Umsetzung von Gewissensvorbehalten – wie diese zum Beispiel im ICN-Ethikkodex formuliert werden (vgl. ICN 2021: 28) – sind in die Überlegungen einzubinden.¹¹

5. Notwendige Konsequenzen

Menschen, die für sich einen Wunsch nach Suizidassistenz formulieren, müssen darauf vertrauen können, dass professionell Pflegendе sensibel und respektvoll reagieren, dass sie moralisch nicht verurteilt werden, vertrauensvolle Gespräche nicht verhallen und sie angesichts dieses Wunsches nicht von einer umfassenden Palliative Care ausgeschlossen werden (vgl. Riedel et al. 2022a; vgl. Klesse et al. 2022; vgl. Roy 2022; vgl. DER 2022; vgl. DGP 2021; vgl. ICN 2021; vgl. SBK/ASI 2021, vgl. 2018; Birnbacher 2019; vgl. Radbruch

10 Unter moral distress im Kontext des MAiD (medical assistance in dying) verstehen die Autor*innen: »knowing/being aware of the right course of action but being unable to act, especially when conflict or suffering occurs« (S. 320, 324). Moral uncertainty beschreiben sie als »an inability to decide in which course of action to take or knowing what outcome is preferable« (S. 320).

11 Zur Bedeutsamkeit eines Gewissensvorbehalts wie auch zur Option einer Ablehnung aus Gewissensgründen vgl. auch: Velasco Sanz et al. (2022); Hébert/Asri (2022); Feichtner 2022c; Panchuk/Thirsk (2021); DGP (2021); Lamb/Pesut (2021); Pesut et al. (2020 a.e.); Yeo et al. (2020); Schiller et al. (2019); Lamb et al. (2019); ANA (2019); Wicclair 2016.

et al. 2016). Dies betrifft stets auch die Familie und die dem Menschen nahestehenden Personen.

Für den professionellen Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen muss es um die wiederkehrende Betrachtung und möglicherweise auch das Hinterfragen von persönlichen und professionellen Haltungen, Einstellungen, Normen und Werten gehen, aber auch um Selbstfürsorge und Selbstschutz (vgl. Hol et al. 2023; vgl. Hewitt et al. 202; vgl. Davidson et al. 2022; vgl. Ward et al. 2021; vgl. Wilson et al. 2021; 2019; vgl. Pesut et al. 2020d; 2019b; vgl. Terkamo-Moisio et al. 2017). In diesen Rahmen gehört auch die individual- und professionsethische Auseinandersetzung mit dem professionellen und pflegerischen Selbstverständnis (vgl. Mills et al. 2023; vgl. Bruce/Beuthin 2020), mit der uns Menschen inhärenten Vulnerabilität wie auch den Vorstellungen von einem »guten Sterben« beziehungsweise einem »guten Tod«, um so die Perspektive auf die je individuellen Wert-, Lebens- wie auch Sterbensvorstellungen des Menschen mit einem Sterbe- und Suizidwunsch richten und die Verschiedenheit der Vorstellungen von einem »guten Sterben« beziehungsweise einem »guten Tod« anerkennen zu können (vgl. Davidson et al. 2022; vgl. Sallnow et al. 2022; vgl. Streeck 2017; vgl. 2022; Lang et al. 2022; vgl. Borer 2021; vgl. Bruce/Beuthin 2020; vgl. Zimmermann et al. 2019; vgl. Terkamo-Moisio et al. 2017). Reflexion fordert auch der Umgang mit dem höchst subjektiven Phänomen des Leidens (vgl. Bozzaro 2015; 2021; vgl. Bozzaro/Zimmermann 2022; vgl. Gagnard/Hurts 2019; vgl. Cassell 2014; 2016; vgl. Pesut et al. 2021; vgl. Bruce/Beuthin 2020). Es erstaunt angesichts dessen nicht, dass den Bildungsmaßnahmen im Kontext der Thematik ein zentraler Stellenwert zugewiesen wird (vgl. Egger-Rainer et al. 2023; vgl. Snir et al. 2022; vgl. Roy 2022; vgl. DER 2022; vgl. Sandham et al. 2022; vgl. Cyetano-Penman et al. 2021; vgl. Ward et al. 2021; vgl. Wilson et al. 2021; vgl. Pesut et al. 2020a).¹² Nur mit einer umfassenden Expertise ist es möglich, auf Sterbe- und Suizidwünsche professionell zu reagieren, die Formulierung der Wünsche als einen Vertrauensbeweis zu bewerten und das entgegengebrachte Vertrauen nicht zu verspielen, sondern die oftmals nur einmalige Chance lebensbejahend und empathisch aufzugreifen und in das Gespräch über aktuell belastende Symptome, subjektives Leiden, verlorene Lebensqualität, das Lebensende und die Lebensperspektive zu gehen.

Angesichts der komplexen und vielfach belastenden moralischen und ethischen Herausforderungen wie auch im Sinne der moralischen Handlungsfähigkeit und der Erfordernis ethisch gut begründeter Entscheidungen sind entsprechende Leitlinien sowie Formate der und Instrumente zur individual-, professions- und organisationsethischen Reflexion und Abwägung partizipativ zu entwickeln, zu etablieren und Maßnahmen zur Prävention und Reduktion moralischen Belastungserlebens zu realisieren (vgl. Reiter-Theil et al. 2018; vgl. SBK/ASI 2021; 2018; vgl. Wilson et al. 2019; vgl. Panchul/Thirsk 2021; vgl. Mathews et al. 2021; vgl. Gamondi et al. 2022; vgl. Snir et al. 2022; vgl. Sandham et al. 2022; vgl. Richardson 2023; vgl. ÖPG 2022; vgl. Falkner 2022).

Aus der versorgungspolitischen Verantwortung heraus sind Rahmenbedingungen in der Pflege so zu verbessern und Personalressourcen so zu planen, dass eine menschenrechtsorientierte palliative Pflege der vulnerablen pflegebedürftigen Menschen abgesi-

12 Eckpunkte für eine »Schulung zum Umgang mit Todeswünschen« finden sich bei Boström et al. (2023).

chert ist (vgl. ICN 2021, vgl. Riedel et al. 2022a; vgl. DER 2022), einer Vereinsamung und Isolation entgegengewirkt, Autonomie, Kontrollerleben und Lebensqualität eröffnet und damit bestenfalls den Sterbewünschen und suizidfördernden Faktoren etwas entgegengesetzt wird. Zur Suizidprävention gehört es demnach auch, Versorgungsdefizite zu verhindern und institutionelle Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Wunsch eines assistierten Suizids als Ausweg weder forcieren noch entsprechenden Druck ausüben (vgl. DER 2022).

6. Fazit

Bislang steht in Bezug auf das Thema primär die Berufsgruppe der Ärzt*innen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, auch bezogen auf die ethische Reflexion (vgl. Henking 2022; vgl. Nauck/Simon 2021; vgl. DGP 2021; vgl. Radbruch et al. 2016), was möglicherweise mit der vielfach verwendeten Bezeichnung »ärztlich assistierter Suizid« (physician assisted death) einhergeht (vgl. Pesut et al. 2019b; vgl. Radbruch et al. 2016) und die Rolle der Pflege(nden) im Kontext der Thematik in den Hintergrund verweist. Angesichts der Nähe zu den pflegebedürftigen Menschen sind Pflegende in vielfältiger Weise tangiert und berührt, so dass es auch in der Pflege und unter den Pflegefachpersonen einer offenen Diskussion wie auch der dezidierten Reflexion der Thematik und des damit verbundenen professionellen Selbstverständnisses (vgl. Seidlein/Salloch 2022) bedarf. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen sind Pflegende aus ihrer professionellen Verantwortung heraus somit aufgefordert, sich in die aktuellen Diskurse einzubringen (vgl. Monteverde 2017; vgl. Riedel et al. 2022a; vgl. Riedel 2023a; vgl. Davidson et al. 2022; vgl. Roy 2022; vgl. Wilson et al. 2021; vgl. Feichtner 2022c; vgl. Variath et al. 2020; vgl. Pesut et al. 2019b; vgl. Terkamo-Moisio et al. 2017; vgl. Giese 2009). Dies im Sinne der Profession, im Sinne des professionellen Handelns und im Sinne der Pflegefachpersonen selbst.

Literatur

- ANA: »The nurse's role when a patient requests medical aid in dying«, in: OJIN The Online Journal of Issues in Nursing 24(3) (2019), <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-24-2019/number-3-september-2019/nurses-role-medical-aid-in-dying/>.
- Auret, Kirsten/Pikora, Terri/Gersbach, Kate: »Being a safe place: a qualitative study exploring perceptions as to how a rural community hospice could respond to enactment of voluntary assisted dying legislation«, in: BMC Palliative Care 21(2) (2022), <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00891-3>.
- Bausewein, Claudia: »Suizidalität im Kontext palliativer Versorgung«, in: Burkhard Kämper/Arno Schilberg (Hg.), Assistierter Suizid, Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag 2022, S. 113–117.
- Bellens, Marthe/Debien, Elisa/Claessens, Fien/Gastmans, Chris/de Casterlé Bernadette D.: »It is still intense and not unambiguous. Nurses' experience in the euthanasia

- care process 15 years after legislation«, in: *Journal of Clinical Nursing* 29 (2020), S. 492–502.
- Birnbacher, Dieter: »Die Freiheit, aus dem Leben zu gehen«, in: Simone Dietz/Hannes Foth/Svenja Wiertz (Hg.), *Die Freiheit zu gehen*, Wiesbaden: Springer 2019, S. 251–272.
- Bobbert, Monika: »Ein freier, informierter und dauerhafter Wille zum assistierten Suizid? Psychologische und ethische Fragen«, in: Monika Bobbert (Hg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit*, Baden-Baden: Nomos 2022, S. 323–373.
- Boer, Theo A.: »Drei Narrative der Euthanasie: Was Europa von den Niederlanden lernen kann«, in: *Imago Hominis* 28(1) (2021), S. 63–76.
- Boström, Kathleen/Frerich Gerrit/Romotzky, Vanessa/Galushko, Maren/Kremeike, Kerstin: »Schulungen zum Umgang mit Todeswünschen«, in: Kerstin Kremeike/Klaus Perrar/Raymond Voltz (Hg.), *Palliativ & Todeswunsch*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2023, S. 150–159.
- Bozzaro, Claudia: »Philosophische Überlegungen zum Leiden in und für die Medizin«, in: Orsolya Friedrich/Claudia Bozzaro (Hg.), *Philosophie der Medizin*, Paderborn: Brill/mentis 2021, S. 181–197.
- Bozzaro, Claudia: »Ärztlich assistierter Suizid: Kann ›unerträgliches Leiden‹ ein Kriterium sein?« in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140 (2015), S. 131–134.
- Bozzaro, Claudia/Zimmermann, Markus: »Das ärztlich assistierte Sterben von Personen in Haft. Ethische Überlegungen vor dem Hintergrund erster Erfahrungen in Belgien und der Schweiz«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid*, Berlin: Springer Verlag 2022, S. 173–184.
- Bruce, Anne/Beuthin, Rosanne: »Medically assisted dying in Canada: ›Beautiful Death‹ is transforming Nurses' experiences of suffering«, in: *Canadian Journal of Nursing Research* 52(4) (2020), S. 268–277.
- Byrnes, Eric/Ross, Alasdair I./Murphy, Mike: »A systematic review of barriers and facilitators to implementing assisted dying: A qualitative evidence synthesis of professionals' perspectives, in: *OMEGA (Westport)* (2022), doi: 10.1177/00302228221116697.
- Canadian Nurses Association (Hg.): *National Nursing framework on medical assistance in dying in Canada*, Ottawa 2017, https://cnpea.ca/images/cna-national-nursing-framework-on-aid_jan2017.pdf, abgerufen am 01. Juli 2023.
- Cassell, Eric J.: »Suffering and Human Dignity«, in: Ronald M. Green/Nathan J. Palpant (Hg.), *Suffering and Bioethics*, Oxford: Oxford University Press 2014, S. 15–30.
- Cassell, Eric J.: »The Nature of Suffering«, in: Stuart J. Younger/Robert M. Arnold (Hg.), *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*, Oxford: Oxford University Press 2016, S. 216–226.
- Cayetano-Penman/Malik, Gulzar/Whittall, Dawn: »Nurses' perceptions and attitudes about euthanasia: A Scoping Review«, in: *Journal of Holistic Nursing* 39(1) (2021), S. 66–84.
- College of Nurses of Ontario: *Guidance on Nurses' Roles in Medical Assistance in Dying*, Toronto 2021 <https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41056-guidance-on-nurses-roles-in-aid.pdf>, abgerufen am 01. Juli 2023.

- Davidson, Judy S. et al.: »Nurses' values on medical aid in dying: A qualitative analysis«, in: *Nursing Ethics* 29(3) (2022), S. 636–650.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe): Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Berlin 02/2017, ergänzt 03/2020, https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Foerderung-der-Selbstoetung_erg_2020-03-03.pdf, abgerufen am 15. Juli 2023.
- DER (Deutscher Ethikrat) (Hg.): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit, Berlin 2022, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>, abgerufen am 15. Juli 2023.
- Devos, Timothy (Hg.): Sterbehilfe in Belgien, Gießen: Psychosozial-Verlag 2022.
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, September 2021, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211213_Broschuere_Suizidassistenten_100dpi.pdf, abgerufen am 5. Juli 2023.
- Dholakia, Saumil Y./Bagheri, Alireza/Simpson, Alexander: »Emotional impact on health-care providers involved in medical assistance in dying (MAiD): a systematic review and qualitative meta-synthesis«, in: *BMJ Open* 12 (2022), doi:10.1136/bmjopen-2021-058523.
- Dorman, Jennifer D./Bouchal, Shelly Raffin: »Moral distress and moral uncertainty in medical assistance in dying: A simultaneous evolutionary concept analysis«, in: *Nursing Forum* 55 (2020), S. 320–330.
- DPR (Deutscher Pflegerat): Mögliche Neuregelung der Suizidassistenten, Mai 2020, https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/04/Stellungnahme-DPR_Moegliche-Neuregelung-Suizidassistenten.pdf, abgerufen am 15. März 2023.
- DPR (Deutscher Pflegerat): Grundsatzpapier des DPR zur Diskussion um eine Gesetzesänderung zum Assistenten Suizid, 12. Mai 2015, <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/grundsatzpapier-des-dpr-zur-diskussion-um-eine-gesetzesaenderung-zum-assistenten-suizid-beihilfe-zur-selbstoetung-und-zur-toetung-auf-verlangen>, abgerufen am 15. Juli 2023.
- Egger-Rainer, Andrea/Bublitz, Sarah/Lorenzl, Stefan/Weck, Christiane/Paal, Piret: »First-hand recommendations of nursing management to support nurses involved in the process of hastened death: A systematic review of the qualitative evidence«, in: *Journal of Nursing Management* (2023), <https://doi.org/10.1155/2023/8601814>.
- Elmore James/Wright David K./Paradis Maude: »Nurses' moral experiences of assisted death: A meta synthesis of qualitative research«, in: *Nursing Ethics* 25(8) (2018), S. 955–972.
- Falkner, Angelina: »Die zweite Seite der Medaille – affektive Resonanzen professionell Betreuender in Bezug auf assistierten Suizid«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid*, Berlin: Springer Verlag 2022, S. 103–119.
- Feichtner, Angelika: »Der Wunsch zu sterben«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid*, Berlin: Springer Verlag 2022a, S. 3–10.

- Feichtner, Angelika: »Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen (EAS) in den Niederlanden«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid*, Berlin: Springer Verlag 2022b, S. 285–297.
- Feichtner, Angelika: *Assistierter Suizid aus Sicht der Pflege*, Wien: facultas Verlag 2022c.
- Feichtner, Angelika/Pachschwöll Gabriele: »Palliative Care und assistierter Suizid«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid*, Berlin: Springer Verlag 2022, S. 245–252.
- Freeman, Shannon/Banner, Davina/Ward, Valerie: »Hospice care providers experiences of grappling with medical assistance in dying in a hospice setting: a qualitative descriptive study«, in: *BMC Palliative Care* 20(55) (2021), <https://doi.org/10.1186/s12904-02-00740-3>.
- Gaignard, Marie-Estelle/Hurst, Samia: »A qualitative study on existential suffering and assisted suicide in Switzerland«, in: *BMC Medical Ethics* 20(34) (2019), <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0367-9>.
- Gamondi, Claudia/Gayet-Ageron, Angèle/Borasio Gian D./Hurst, Samia/Jox, Ralf J./Ricou, Bara: »Attitudes of university hospital staff towards in-house assisted suicide«, in: *PLOS One* 17(10) (2022), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274597>.
- Gerson, Sheri M./Koksvik Gitte H./Richards, Naomi/Matersvedt, Lars J./Clark, David: »The relationship of palliative care with assisted dying where assisted dying is lawful: A systematic scoping review of the literature«, in: *Journal of Pain and Symptom Management* 59(6) (2020), S. 1287–1303.
- Giese, Constanze: »German Nurses, Euthanasia and Terminal Care: A Personal Perspective«, in: *Nursing Ethics* 16(2) (2009), S. 231–237.
- Government of Canada: *Medical assistance in dying: Implementing the framework*, 2023, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/implementing-framework.html>, abgerufen am 01. April 2023.
- Hébert, Maude/Asri, Myriam: »Paradoxes nurses' roles and Medical Assistance in Dying: A grounded theory«, in: *Nursing Ethics* 29(7-8) (2022), S. 1634–1646.
- Henking, Tanja: *Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive*, in: *Bundesgesundheitsblatt* 65 (2022), S. 67–73.
- Hewitt, Jayne/Lawson, Charles/Verrall, Brodie/Grealish, Laurie: »Implementing voluntary assisted dying laws in healthcare: Exploring beliefs to identify implementation hurdles«, in: *Res Nurs Health* 46 (2023), S. 113–126.
- Hol, Hege et al.: »Norwegian nurses' perceptions of assisted dying requests from terminally ill patients – A qualitative interview study«, in: *Nursing Inquiry* 30 (2023), <http://doi.org/10.1111/nun12517>.
- ICN: *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*, 2021, https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf, abgerufen am 1. April 2023.
- ICN: *ICN-Ethikkodex für Pflegenden*, 2012, <https://www.pflegepartner.at/userfiles/dateien/Ethikkodex.pdf>, abgerufen am 01. April 2023.
- Joolae, Soodabeh/Ho, Anita/Serota, Kristie/Hubert, Matthieu/Buchmann, Daniel Z.: »Medical assistance in dying legislation: Hospice palliative care providers' perspectives«, in: *Nursing Ethics* 29(1) (2022), S. 231–244.

- Kirchhoffer, David G./Lui, Chi-Wai/Ho, Anita: »Moral uncertainty and distress about voluntary assisted dying prior to legalization and the implications for post-legalization practice: a qualitative study of palliative and hospice care providers in Queensland, Australia«, in: *BMJ Open* 13 (2023), doi:10.1136/bmjopen-2022-065964.
- Klesse, Raimund et al.: »Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch?« in: *psychosozial* 45(3) (2022), S. 97–126.
- Kremeike, Kerstin/Perrar, Klaus/Voltz, Raymond: »Das Phänomen Todeswunsch in der Palliativversorgung«, in: Kerstin Kremeike/Klaus Perrar/Raymond Voltz (Hg.), *Palliativ & Todeswunsch*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2023, S. 17–27.
- Lamb, Christina/Evans, Marilyn/Bebenko-Mould, Yolanda/Wong, Carol: »Nurses' use of conscientious objection and the implications for conscience«, in: *Journal of Advanced Nursing* 75 (2019), S. 594–602.
- Lamb, Christina/Pesut, Barbara: »Conscience and conscientious objection in nursing: A personalist bioethics approach«, in: *Nursing Ethics* 28(7-8) (2021), S. 1319–1328.
- Lang, Alexander/Frankus, Elisabeth/Heimerl, Katharina: »The perspective of professional caregivers working in generalist palliative care on ›good dying‹: An integrative review«, in: *Social Science & Medicine* 293 (2022), S. 1–13.
- Leitlinienprogramm Onkologie: Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, AWMF online 2020, https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OLL_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf, abgerufen am 01. April 2023.
- Mathews, Jean Jacob/Hausner, David/Avery, Jonathan/Hannon Breffni/Zimmermann Camilla/al-Awamer, Ahmed: »Impact of Medical Assistance in Dying on Palliative Care: A qualitative study«, in: *Palliative Medicine* 35(2) (2021), S. 447–454.
- Mills, Anneliese/Bright, Kristin/Wortzmann, Rachel/Bean, Sally/Selby, Debbie: »Medical assistance in dying and the meaning of care: Perspectives of nurses, pharmacists, and social workers«, in: *Health* 27(1) (2023), S. 60–77.
- Monteverde, Settimio: »Nursing and assisted dying: Understanding the sounds of silence«, in: *Nursing Ethics* 24(1) (2017), S. 3–8.
- Nauck, Friedemann/Simon, Alfred: »Der assistierte Suizid – Reflexionen nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil«, in: *Forum* 36 (2021), S. 150–154.
- ÖPG (Österreichische Palliativgesellschaft): Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid, 25.1.2022, https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/opg_paper_as_25.1.2022.pdf, abgerufen am 5. April 2023.
- Ohnsorge, Kathrin: »Intentions, motivations, and social interactions regarding a wish to die«, in: Christoph Rehmann-Sutter/Heike Gudat/Kathrin Ohnsorge (Hg.), *The Patient's Wish to Die*, Oxford: Oxford University Press 2015, S. 81–96.
- Ohnsorge Kathrin/Gudat, Heike/Rehmann-Sutter, Christoph: »What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care«, in: *BMC Palliative Care* 13(38) (2014), S. 1–14.
- Ohnsorge, Kathrin/Rehmann-Sutter, Christoph/Streeck, Nina/Gudat, Heike: »Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study«, in: *PLOS One* 14(1) (2019), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210784>.

- Panchuk, Julia/Thirsk, Lorraine M.: »Conscientious objection to medical assistance in dying in rural/remote nursing«, in: *Nursing Ethics* 28(5) (2021), S. 766–775.
- Pesut, Barbara/Wright, Kenneth David/Thorne, Sally/Hall, Margret I./Puurveen, Gloria/Storch, Janet/Huggins, Madison: »What's suffering got to do with it? A qualitative study of suffering in the context of medical assistance in dying (MAiD)«, in: *BMC Palliative Care* 20(174) (2021), <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00869-1>.
- Pesut, Barbara/Thorne, Sally/Schiller, Catherin J./Greig, Madeleine/Roussel, Josette: »The rocks and hard places of MAiD: a qualitative study of nursing practice in the context of legislated assisted death«, in: *BMC Nursing* 19(12) (2020a), <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0404-5>.
- Pesut, Barbara/Greig, Madeleine/Thorne, Sally/Storch, Janet/Burgess, Michael/Tishelman, Carol/Chambaere, Kenneth/Janke, Robert: »Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature«, in: *Nursing Ethics* 27(1) (2020b), S. 152–167.
- Pesut, Barbara/Thorne, Sally/Storch, Janet/Greig, Madeleine/Burgess, Michael: Riding an elephant: »A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD)«, in: *Journal of Clinical Nursing* 29 (2020c), S. 3870–3881.
- Pesut, Barbara/Thorne, Sally/Schiller, Catherin J./Greig, Madeleine/Roussel, Josette/Tishelman, Carol: »Constructing good nursing practice for medical assistance in dying in Canada: An interpretative descriptive review«, in: *Global Qualitative Nursing Research* 7 (2020d), S. 1–11.
- Pesut, Barbara/Thorne, Sally/Greig, Madeleine: »Shades of gray: Conscientious objection and medical assistance in dying«, in: *Nursing Inquiry* 27: e12308 (2020e), <https://doi.org/10.1111/nin.12308>.
- Pesut, Barbara/Thorne, Sally/Stager Megan L./Schiller, Catherin J./Penney Christine/Hoffman Carolyn/Greig, Madeleine/Roussel, Josette: »Medical assistance in dying: A review of Canadian nursing regulatory documents«, in: *Policy, Politics & Nursing Practice* 20(3) (2019a), S. 113–130.
- Pesut, Barbara/Thorne, Sally/Greig, Madeleine/Fulton, Adam/Janke, Robert/Vis-Dunbar, Mathew: »Ethical, policy, and practice implications of Nurses' experiences with assisted death. A Synthesis«, in: *Advances in Nursing Science* 42(3) (2019b), S. 216–230.
- Pleschberger, Sabine/Petzold, Christian: »Implikationen des assistierten Suizids für die professionelle Pflege«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid*, Berlin: Springer Verlag 2022, S. 141–148.
- Radbruch, Lukas et al.: »Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care«, in: *Palliative Medicine* 30(2) (2016), S. 104–116.
- Rehmann-Sutter, Christoph: »End-of-life ethics from the perspectives of patients' wishes«, in: Christoph Rehmann-Sutter/Heike Gudat/Kathrin Ohnsorge (Hg.), *The Patient's Wish to Die*, Oxford: Oxford University Press 2015, S. 161–170.
- Reiter-Theil, Stella/Wetterauer, Charlotte/Frei, Irena Anna: »Taking One's own life in hospital? Patients and Health Care Professionals vis-à-vis the tension between as-

- sisted suicide and suicide prevention in Switzerland«, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(6) (2018), doi: 10.3390/ijerph15061272.
- Richardson, Sandra: »An international expansion in voluntary euthanasia/assisted dying: The implications for nursing«, in: *International Nursing Review* 70 (2023), S. 117–126.
- Riedel, Annette: »Geteilte Verantwortung«, in: *Altenpflege* 1 (2023a), S. 20–23, <https://www.vincentz-wissen.de/zeitschriften/altenpflege--1.2023>.
- Riedel, Annette: »Der neue ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Rückblick auf die nationale Dissemination und Appell für ein Mehr an Aufmerksamkeit«, in: Kurt W. Schmidt/Annette Riedel/Hans J. Wulff/Andreas Frewer (Hg.), *Medizin und Pflegeethik in den Medien*, Würzburg: Königshausen und Neumann, i.E. 2023b.
- Riedel, Annette/Lehmeyer, Sonja/Golbach, Magdalene: *Moralische Belastungen von Pflegefachpersonen. Hintergründe – Interventionen – Strategien*, Heidelberg: Springer, 2023.
- Riedel, Annette/Giese, Constanze/Rabe, Marianne/Böck, Stefan: »Pflege und assistierter Suizid: gesellschaftliche Verantwortung und ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft«, in: *Ethik in der Medizin* 34 (2022a), S. 709–714.
- Riedel, Annette/Golbach, Magdalene/Lehmeyer, Sonja: »Moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen – Ein deskriptives Modell der Entstehung und Wirkung eines ethisch bedeutsamen Phänomens in der Pflege«, in: Annette Riedel/Sonja Lehmeyer (Hg.), *Ethik im Gesundheitswesen*, Heidelberg: Springer 2022b, S. 427–446.
- Rodríguez-Prat, Andrea/Balaguer, Albert/Booth, Andrew/Monforte-Royo, Christina: »Understanding patient's experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography«, in: *BMJ Open* 7 (2017), doi:10.1136/bmjopen-2017-016659.
- Roser, Traugott: »Zur spirituellen Dimension des Wunsches nach assistiertem Suizid«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), *Seelsorge bei assistiertem Suizid*, Zürich: Theologischer Verlag 2022, S. 223–239.
- Roy, Kaveri: »Medical Aid in Dying: What every Nurse need to know«, in: *American Journal of Nursing* 122(3) (2022), S. 30–37.
- Ruppert, Sabine: »Die Rolle der niederländischen Pflegepersonen bei assistiertem Suizid«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid*, Berlin: Springer Verlag 2022, S. 149–162.
- SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften): *Medizin-ethische Richtlinien: Umgang mit Sterben und Tod*, Online-Veröffentlichung Mai 2022, <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Sterben-und-Tod.html> abgerufen am 30. März 2023.
- Sallnow, Libby et al.: »Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life«, in: *Lancet* 399 (2022), S. 837–884.
- Sandham, Margaret/Carey, Melissa/Hedgecock, Emma/Jarden, Rebecca: »Nurses' experiences of supporting patients requesting voluntary assisted dying: A qualitative meta-synthesis«, in: *Journal of Advanced Nursing* 78 (2022), S. 3101–3115.

- SBK/ASI (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner): Pflege im Kontext des assistierten Suizids (02.09.2021), https://sbk-asi.ch/assets/Shop/2021_11_26_Ethische_Standpunkte_1_dt.pdf, abgerufen am 05. April 2023.
- SBK/ASI (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner): Umgang mit moralischem Stress des Pflegepersonals bei der Begleitung von Menschen am Lebensende (Januar 2018), https://sbk-asi.ch/assets/Shop/Standpunkt_5_DEUTSCH_01.pdf, abgerufen am: 05. April 2023.
- SBK/ASI (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner): »Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags« (Mai 2005), abgedruckt in: Christoph Rehmann-Sutter/Alberto Bondolfi/Johannes Fischer/Margit Leupold (Hg.), Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, Lausanne: Peter Lang 2006, S. 337–342.
- Seidlein, Anna-Henrikje/Salloch, Sabine: »Introduction«, in: Anna-Henrikje Seidlein/Sabine Salloch (Hg.), *Ethical Challenges for Healthcare Practices at the End of Life: Interdisciplinary Perspectives*, Cham: Springer 2022, S. 1–6.
- Snir, Jessica T./Ko, Dannielle N./Pratt, Bridget/McDougall, Rosalind: »Anticipated impact of voluntary assisted dying legislation on nursing practice«, in: *Nursing Ethics* 29(6) (2022), S. 1386–1400.
- Streeck, Nina: »Sterbewünsche«, in: Annette Riedel/Sonja Lehmeyer (Hg.), *Ethik im Gesundheitswesen*, Heidelberg: Springer 2022, S. 717–733.
- Streeck, Nina: »Sterben wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes«, in: Nina Jacoby/Michaela Thönnies (Hg.), *Zur Soziologie des Sterbens*, Wiesbaden: Springer 2017, S. 29–48.
- Terkamo-Moisio, Anja et al.: »Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines«, in: *Nursing Ethics* 24(1) (2017), S. 70–86.
- Thiel, Marie-Jo: »Die Herausforderungen des Lebensendes in Frankreich«, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 67 (2021), S. 445–453.
- Variath, Caroline et al.: »Relational influences on experiences with assisted dying: A scoping review«, in: *Nursing Ethics* 27(7) (2020), S. 1510–1516.
- Velasco Sanz, Tamara R. et al.: »Opinions of nursing regarding Euthanasia and Medically Assisted Suicide«, in: *Nursing Ethics* 29(7-8) (2022), S. 1721–1738.
- Ward, Valerie/Freeman, Shannon/Banner, Davina: »Hospice Care Provider Perspectives of Medical Assistance in Dying in a Canadian Hospice That Does Not Provide Medical Assistance in Dying«, in: *Canadian Journal of Nursing Research* 54(1) (2022), S. 3–14.
- Ward, Valerie/Freeman, Shannon/Callander, Taylor/Xiong, Beibei: »Professional experiences of formal healthcare providers in the provision of medical assistance in dying (MAiD): A scoping review«, in: *Palliative and Supportive Care* 19(6) (2021), S. 1–5, <https://doi.org/10.1017/s1478951521000146>.
- Weixler, Dietmar: »Versorgungskonzepte, assistierter ärztlicher Suizid, Sterbehilfe?« in: *Schmerzmedizin* 38(4) (2022), S. 22–25.
- Wicclair Mark R.: »Conscientious Objection«, in: Stuart J. Younger/Robert M. Arnold (Hg.), *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*, Oxford: Oxford University Press 2016, S. 87–108.
- Wilson, Michael/Wilson, Marie et al.: »Role of attitude in nurses' responses to requests for assisted dying«, in: *Nursing Ethics* 28(5) (2021), S. 587–833.

- Wilson, Michael R./Wiechula, Rick/Cusack, Lynette/Wilson, Marie: »Nurses' intentions to respond to requests for legal assisted dying: A Q-methodological study«, in: *Journal of Advanced Nursing* 76 (2020), S. 642–653.
- Wilson, Michael/Pam, Oliver/Malpas/Phillipa: »Nurses' view on legalizing assisted dying in New Zealand: A cross-sectional study«, in: *International Journal of Nursing Studies* 89 (2019), S. 116–124.
- Yeo, Michael/Moorhouse, Anne/Khan, Pamela/Rodney, Patricia: »Integrity«, in: Michael Yeo/Anne Moorhouse/Pamela Khan/Patricia Rodney (Hg.), *Concepts and Cases in Nursing Ethics*, Ontario 2020, S. 327–374.
- Zimmermann, Markus/Felder, Stefan/Streckeisen, Ursula/Tag, Brigitte: *Das Lebensende in der Schweiz*, Basel: Schwabe Verlag 2019.

»Die Schicksale haben mich geprägt«

Zwei Sterbebegleiterinnen berichten¹

Evelyne Moser und Susanna Schmid

Wer schwer krank ist und leidet, soll selbst bestimmen können, wann und wie er geht. Evelyne Moser, 48, und Susanna Schmid, 67, begleiten bei EXIT sterbewillige Menschen in den Tod. Diese Tätigkeit fordert sie immer wieder von neuem. Doch sie bekommen auch viel.

Sterbewillige sollen alle Alternativen kennen

Mein Partner kämpfte über zwei Jahre lang gegen den Krebs. Er starb vor elf Jahren mit 46. Während der Vorbereitungen zu seiner Freitodbegleitung mit EXIT konfrontierte er mich damit, dass ich für die Tätigkeit als Begleiterin prädestiniert sei. Eine Aussage, die ich zu diesem Zeitpunkt nicht nachvollziehen konnte. Aber sie beschäftigte mich danach immer wieder, bis ich mich letztlich ein Jahr später beim Verein meldete.

In meiner beruflichen Tätigkeit im Personal-, Finanz- und Rechnungswesen war ich nicht direkt mit dem Thema Tod konfrontiert. Das änderte sich schlagartig mit der Krankheit meines Partners. Inzwischen bin ich seit zehn Jahren als Freitodbegleiterin bei EXIT tätig. Wie viele Sterbewillige ich in dieser Zeit in den Tod begleitet habe, weiß ich nicht. Es sind alles Einzelschicksale, die sich nicht addieren lassen.

Im Vorfeld einer Freitodbegleitung führe ich Gespräche und treffe Abklärungen. Dabei lerne ich die sterbewilligen Menschen und ihre Angehörigen kennen, im eigenen Umfeld zu Hause. Oft begegnen mir Menschen, die an diesem Punkt im Leben stehen, sehr offen. Diese manchmal nur kurzen Begegnungen können Vertrauen und somit auch Nähe schaffen.

Bei meiner Tätigkeit ist die Abklärung wichtig, damit ein Sterbewilliger alle möglichen Alternativen kennt. Auch für mich selber ist sehr wichtig: Jemand soll nach Kenntnisnahme und Abwägen aller Möglichkeiten seine Entscheidung treffen können. Mein Augenmerk richte ich zudem darauf, falls irgendwie möglich das familiäre Umfeld einzubeziehen.

1 Erstabdruck in Exit-Info Nr. 4/2015, mit freundlicher Genehmigung.

Es gibt jedoch leider auch Situationen, in denen der Sterbewillige dies klar ablehnt. Das ist zu akzeptieren. Während der Begleitungen achte ich darauf, die Balance zwischen menschlicher Nähe und professioneller Distanz zu finden. Jedes Schicksal, jede Begegnung ist anders und einzigartig. Es ist ein großer Unterschied, ob ich jemanden begleite, der 90 ist und auf ein erfülltes, glückliches und langes Leben zurückschaut. Oder ob es sich um einen 30-jährigen krebskranken Mann handelt, dessen Tochter wir bei ihrer Rückkehr aus dem Kindergarten mitteilen müssen, dass ihr Vater sie verlassen hat. Die Schicksale berühren mich immer. Wenn das eines Tages nicht mehr der Fall sein sollte, ist die Zeit reif, mir eine neue Aufgabe zu suchen.

Eine Erfahrung, die erdet

Am intensivsten erinnere ich mich an Begleitungen, die harmonisch und liebevoll verliefen. Zum Beispiel an eine Frau, die ich im Beisein ihrer Familie und einer Freundin begleitete. Diese war Meditationslehrerin, und sie führte die Sterbewillige während einer Viertelstunde gemeinsam mit uns Anwesenden im übertragenen Sinn über eine prächtige Blumenwiese an den Übergang von Leben und Tod. Wenn ich heute durch die Schweiz fahre und an Orten vorbeikomme, wo ich jemanden begleitet habe, erinnere ich mich jeweils an die entsprechenden Menschen und an unsere Begegnungen.

Es gelingt mir, die existenziellen Grenzerfahrungen bei den Freitodbegleitungen sehr gut zu verarbeiten. Ich habe das Glück, inzwischen meiner großen Liebe begegnet zu sein. Mit ihm kann ich nicht nur das Leben genießen, sondern auch viel diskutieren und Belastendes teilen. Daneben hilft mir der Austausch mit meinen Kolleginnen und Kollegen aus dem Freitodbegleitungsteam, um mit schwierigen Situationen umgehen zu können.

Ich denke, es sind nicht die Begleitungen, die mich geprägt haben. Sondern der Kontakt mit Betroffenen und ihren Schicksalen. Diese Erfahrung hat mich geerdet und hilft mir immer wieder, meinen eigenen »Kompass« neu auszurichten. Meine Tätigkeit hat mich gelehrt zu unterscheiden, was wichtig ist und was nicht.

Wann ist ein Leidensdruck unerträglich?

Wie gehe ich mit kritischen Stimmen um, die sagen, dass das Leiden des Menschen einen Sinn habe? All jene, die den Weg des begleiteten Freitods gehen, haben sich bewusst dafür entschieden. Wir von EXIT sind lediglich dazu da, den Wunsch und die Selbstbestimmung dieser Menschen zu unterstützen. Im Mittelpunkt stehen für mich allein der eigene Wille, die eigene Verantwortung sowie die Freiheit eines jeden Einzelnen, über sein Schicksal zu bestimmen.

Wann ein Leidensdruck unerträglich ist, muss jeder für sich selbst entscheiden. Meiner Meinung nach hat niemand das Recht, über andere zu urteilen – vor allem dann nicht, wenn man nicht selber betroffen ist und leidet. Kürzlich hat jemand zu mir gesagt: Erfahrungen macht man, um etwas daraus zu lernen, um in der Zukunft daran zu wachsen und Kraft zu schöpfen. Wenn ich jedoch diese Erfahrung erst am Ende meines Lebens mache und überzeugt bin, dass mit dem Tod alles endet, wozu soll mir diese leidvolle Erfahrung dienen?

Ich habe Menschen kennengelernt, die ihr Leben nicht mehr als lebenswert und menschenwürdig empfanden, sobald sie nicht mehr autonom für sich sorgen konnten. Andere waren pflegebedürftig und konnten das Bett nicht mehr verlassen. Trotz ihrer misslichen Lage konnten sie dem Leben immer noch Lebenswertes abgewinnen. Die Frage, wann ein Leben menschenunwürdig ist, muss jeder für sich selbst klären. Die Beantwortung spare ich mir auf, bis sich mir die Frage konkret stellt. Alles andere ist hypothetisch. Ich habe gelernt, mir eine Meinung erst dann zu bilden, wenn ich selbst die Erfahrung gemacht habe. Hingegen weiß ich, wie ich diesen Entscheid fällen werde. Nämlich so, wie ich gelebt habe: autonom und selbstbestimmt.

»Erinnerungen weglegen – ohne dass sie verloren gehen«

Während meiner 30-jährigen Tätigkeit als Jugendanwältin waren mir der Kontakt und die Auseinandersetzung mit Menschen immer das Allerwichtigste. Nach meiner Frühpension mit 60 genoss ich rund anderthalb Jahre meine freie Zeit in vollen Zügen. Doch dann drängte es mich, wieder eine sinnbringende Tätigkeit aufzunehmen. Gefunden habe ich sie als Freitodbegleiterin.

Akkurate Vorbereitung

Mit dem Tod wurde ich zum ersten Mal direkt konfrontiert, als meine Eltern starben. Ich war gegen Ende vierzig, als es meiner Mutter und meinem Vater schlecht ging. Es war nicht das Thema Tod, das mich aufwühlte, sondern vielmehr die Tatsache, wie stark beide leiden mussten. Als meine betagten Eltern dann gestorben waren, fühlte ich mich erleichtert, weil das Thema wieder an Präsenz verlor.

Wichtig bei den Vorbereitungen sowie bei den Freitodbegleitungen ist mir, dass ich mich sowohl auf die jeweilige neue Situation als auch auf den Sterbewilligen und seine Angehörigen einstellen kann. Zu diesem Zweck bin ich mit den betreffenden Menschen bereits im Vorfeld einer Begleitung länger im Gespräch. Ich achte darauf, dass ich selbst ruhig bin sowie Ruhe und Sicherheit vermitteln kann. Ich bereite jeweils alles akkurat vor, damit es bei der Begleitung falls irgend möglich nicht zu Störungen kommt, auch nicht von Seiten der Behörden.

Bei einer Freitodbegleitung überschreitet der Sterbewillige zwar eine Grenze, aber ich erlebe dies nicht als etwas Klares oder Abruptes. Für mich ist es vielmehr ein Hinübergleiten. Sehr viele der Begegnungen sind noch präsent, vor allem jene zu Beginn meiner Tätigkeit vor sechs Jahren und besonders stimmungsvolle. Es gibt auch Begleitungen, die Amüsantes beinhalten. Wenn zum Beispiel jemand kurz vor seinem Sterben Anekdoten aus seinem Leben erzählt und alle Anwesenden gemeinsam darüber lachen. Das bleibt haften.

Viele Menschen leiden

Herausfordernd an meiner Tätigkeit ist, dass man es manchmal mit komplizierten Sterbewilligen und Behörden zu tun hat. Natürlich kann es auch schwierig werden mit Ange-

hörigen, wenn sie negativ auf eine Begleitung reagieren. Doch das ist eine absolute Minderheit. Dass ich bei meiner Aufgabe verschiedene Aspekte gleichzeitig beachten muss, ist für mich kein Problem, weil ich es von meinem ursprünglichen Beruf gewohnt bin. Zentral ist für mich, jederzeit zu wissen, wer von den Beteiligten wo steht, und angemessen zu handeln respektive darauf zu reagieren.

Ich werde oft gefragt, ob mich meine Tätigkeit belaste. Ich antworte jeweils, dass es vielmehr eine große Beanspruchung ist. Ich muss sehr präsent sein für alle Anwesenden. Jeweils länger beschäftigen mich die sehr jungen Menschen, die »vor ihrer Zeit« aufgrund schwerer Erkrankungen gehen müssen und allenfalls halbwüchsige oder kleine Kinder hinterlassen. Ich kann solche Erinnerungen auch wieder weglegen – ohne dass sie verloren gehen. Schwierige Erfahrungen kann ich im Gespräch mit mir selbst, mit mir nahestehenden Menschen oder bei Bedarf auch mit der Leiterin Freitodbegleitung von EXIT verarbeiten.

Der Umgang mit den Sterbewilligen und Angehörigen hat mich geprägt. Ich treffe auf Menschen, die sehr krank sind oder auch sehr betagt mit mehrfachen Leiden. Diese Betroffenen sehen wir ja im Alltag nicht auf der Straße, man muss sie zu Hause, in einem Alters- oder Pflegeheim oder allenfalls im Spital besuchen. Wenn man vermeintlich gesund durch sein Leben geht, weiß man in der Regel nicht, wie stark viele Menschen leiden müssen. Das beeindruckt mich immer wieder zutiefst.

In meiner Aufgabe begleiten mich die Themen Lebensqualität und Leidensdruck. Letzterer kann ganz verschiedene Aspekte haben: Er kann ein gesundheitlicher sein oder ein sozialer. Wenn man zum Beispiel realisiert, dass man sehr betagt ist, alle Bezugspersonen im Altersheim oder bereits gestorben oder dement sind. Wenn also keine Menschen mehr im Umfeld mit einem kommunizieren können oder wollen. Dann kann man sich schnell einsam fühlen. Auch das ist leiden.

Kurze Wegstrecke der Nähe

Als anspruchsvoll erlebe ich die Aufgabe, jemandem bisher Unbekannten nahe zu treten und nachher wieder einen Schritt zurück zu machen. Diese Art Intimität ist beidseitig, sie hält nur für eine kurze Wegstrecke an. Dann ist der Sterbewillige nicht mehr da. Während man mit den Angehörigen auf die Behörden wartet, ist immer noch eine gewisse Intimität spürbar. Dann geht man wieder auseinander. Ich rufe die Hinterbliebenen aber etwas später nochmals an, um zu fragen, wie es ihnen geht. Nun ist diese Intimität definitiv vorbei. Im Nachhinein denke ich oft: Es wäre schön gewesen, wenn man diesen Menschen länger gekannt hätte. Das sagen übrigens zuweilen auch Sterbewillige: »Schade, dass ich Sie erst jetzt kennengelernt habe.« Damit gilt es umzugehen.

Ich gebe sehr viel von mir, bekomme aber auch sehr viel Vertrauen und Wertschätzung von den Sterbewilligen und Angehörigen zurück. Das ist für mich gleichzeitig Motivation und Sinnhaftigkeit. Ich empfinde es als sehr bereichernd, Freitodbegleitungen machen zu können.

Suizidassistentz und Palliativmedizin – zwei Geschwister auf Abstand

Ralf J. Jox

In den deutschsprachigen Ländern stellt sich gegenwärtig besonders akut die Frage nach dem Verhältnis von assistiertem Suizid und Palliativmedizin. Gerade in Deutschland ist seit gut zehn Jahren eine intensive gesellschaftliche Debatte um den assistierten Suizid im Gang (vgl. Borasio et al. 2014), welche zunächst zum Gesetz über die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (vormaliger §217 Strafgesetzbuch) von 2015 führte (vgl. Deutscher Bundestag 2015, vgl. Borasio et al. 2017), das im Jahr 2020 vom Bundesverfassungsgericht in einem aufsehenerregenden Urteil als nicht grundgesetzkonform aufgehoben wurde (Bundesverfassungsgericht 2020, vgl. Wiesing 2022), und seither eine Debatte um eine gesetzliche Neuregelung der Suizidassistentz im Deutschen Bundestag anstieß. Neben zahlreichen Palliativmediziner*innen hat sich auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin intensiv in diese gesellschaftliche Debatte eingeschaltet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2014).

In Österreich hat der Verfassungsgerichtshof, auch unter dem Einfluss des oben genannten Urteils des deutschen Bundesverfassungsgerichts, im Dezember 2020 die ausnahmslose Strafbarkeit jeder Art von Hilfe zur Selbsttötung ebenfalls als nicht verfassungskonform eingestuft (Verfassungsgerichtshof 2020). Der österreichische Gesetzgeber hat daraufhin innerhalb von Jahresfrist eine gesetzliche Regelung zur Suizidhilfe erlassen, die im internationalen Vergleich relativ strikt ausfällt (Republik Österreich 2021). Auch in Österreich wurde die Palliativmedizin ganz besonders durch diese rechtspolitische und gesellschaftliche Entwicklung herausgefordert (vgl. Feichtner et al. 2022).

In der Schweiz herrscht zwar eine seit vielen Jahrzehnten stabile liberale Gesetzeslage, welche die Suizidassistentz erlaubt, solange sie nicht egoistisch motiviert ist (§115 Strafgesetzbuch), auf breiter Front unterstützt durch das Vertrauen der Bevölkerung (vgl. Vilpert et al. 2020), doch auf kantonaler Ebene gibt es mehr und mehr gesetzliche Regelungen, und in den Institutionen des Gesundheitswesens und der Palliative Care wird durchaus intensiv über Zugangsregeln und Verhaltensweisen diskutiert (vgl. Gamondi et al. 2022; vgl. Tomczyk/Andorno/Jox 2023; vgl. Gagnard/Pautex/Hurst 2023).

In allen drei Ländern, wie auch in zahlreichen nicht deutschsprachigen Ländern Europas und der Welt, wo es aktuelle rechtspolitische Entwicklungen im Bereich der soge-

nannten Sterbehilfe gibt, stellen sich akute Fragen nach dem Verhältnis zwischen der Praxis der Suizidassistenten und der Palliative Care. Dies liegt vor allem darin begründet, dass die allermeisten Personen, welche den assistierten Suizid in Anspruch nehmen oder dies tun wollen, an lebensbegrenzenden, meist fortgeschrittenen Erkrankungen leiden und damit gleichsam in den Zuständigkeitsbereich der Palliative Care fallen (vgl. Bartsch et al. 2019). Im vorliegenden Artikel möchte ich dieses Verhältnis in vier Schritten beleuchten: (1) Zunächst möchte ich aus historischer Perspektive knapp skizzieren, wie sich das Verhältnis zwischen beiden in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat, (2) anschließend werde ich die aktuelle Vielfalt der Verhältnisbestimmung in unterschiedlichen Ländern kurz darstellen, (3) sodann will ich systematisch-konzeptionell die beiden Praktiken zugrundeliegenden Haltungen und Werte miteinander vergleichen, (4) zuletzt sollen dann die beiden normativen Fragen diskutiert werden, ob Palliative-Care-Fachkräften eine Hilfe bei der Selbsttötung erlaubt ist und inwiefern sie zu einer solchen Hilfe berufsethisch möglicherweise verpflichtet sind.

Historische Entwicklung

Medizinhistoriker*innen haben nachgewiesen, dass die sogenannte Sterbehilfe eine lange Geschichte hat (vgl. Benzenhöfer 2009; vgl. Bergdolt 2004; vgl. 2003; vgl. Montaguti et al. 2018). Insbesondere in der Antike gab es eine gewisse Praxis und Diskussion um die Tötung schwerkranker, stark leidender Menschen am Lebensende, aber auch die Idee der Hilfe zur Selbsttötung war ihnen nicht fremd. Mit dem Aufkommen des Christentums als Staatsreligion in der Spätantike wurde die bewusste Lebensverkürzung mehr und mehr verpönt und tabuisiert, erhob sich jedoch mit dem Humanismus, der Aufklärung, besonders aber seit dem 19. Jahrhundert erneut. Auch die Idee der palliativen Behandlung und Sterbebegleitung hat eine lange Geschichte, auch wenn sie im christlichen Abendland über viele Jahrhunderte hinweg mehr von Geistlichen und Pflegenden als von Ärzt*innen übernommen wurde (vgl. Stolberg 2011; vgl. ders. 2007). Beide Traditionsstränge verliefen aber historisch eher unabhängig voneinander und meist getrennt; vereinzelt Praktiken der Todesbeschleunigung Schwerkranker, etwa durch Wegzug des Kopfkissens in der frühen Neuzeit, kamen eher aus dem Volk und wurden von den Ärzt*innen kaum gutgeheißen (vgl. Stolberg 2018). Im Zuge der Moderne und ihrer Betonung des individuellen Ich, seiner Subjektivität und Autonomie kam der Gedanke der Sterbehilfe im Lauf des 19. Jahrhunderts unter medizinischen Laien immer stärker auf, wurde aber von den Ärzt*innen zumeist schroff abgelehnt, zumal zu dieser Zeit das hippokratische Ethos und der Glaube an die fortschrittlichen Möglichkeiten von Lebensverlängerung und Symptomkontrolle immer stärker wurden (vgl. Stolberg 2018).

Im 20. Jahrhundert war es schließlich der enorme medizinische Fortschritt in den 1950er und 1960er Jahren, mit Entwicklung der Notfall- und Intensivmedizin, aber auch der Onkologie und Transplantationsmedizin, welcher interessanterweise beide Traditionsstränge befeuert hat, sowohl die Palliativmedizin als auch die Sterbehilfe (vgl. Berthelsen/Cronqvist 2003). Die technischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung und die gleichzeitige Vernachlässigung von Sterbenden, Schwerstkranken und ihren

Leiden führten die Pionierinnen Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders dazu, einen Paradigmenwandel in der Medizin einzuleiten: Die umfassende Sorge um die Schwerstkranken und Sterbenden, die Schmerztherapie und Leidenslinderung, die Begleitung im Sterben sollten mehr und mehr als professionelle Aufgabe der Medizin, speziell der Palliative Care, angesehen werden (vgl. Du Boulay 2007; vgl. Saunders 2000; vgl. Kübler-Ross 1969).

Damit war nicht nur eine Kritik am reduktionistischen Medizinmodell der Moderne verbunden, sondern durchaus auch eine Absetzung von anderen Reaktionen auf starkes Krankheitsleiden, wie insbesondere die Sterbehilfe. Dies trat immer stärker ins Bewusstsein, als in den 1970er Jahren die Diskussion um die sogenannte aktive Sterbehilfe wieder aufflammte (vgl. Fittkau/Gehring 2008). Nachdem die niederländische Ärztin Gertrude Postma im Jahr 1973 vor Gericht nur eine symbolische Strafe für die Tötung ihrer Mutter auf deren Verlangen erhalten hatte, wurde in den Niederlanden der Ruf immer lauter, die sogenannte Euthanasie zu dulden beziehungsweise sogar gesetzlich zu regeln. Es dauerte zwar noch bis 2002, dass in den Niederlanden die Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt wurde, aber die Praxis entwickelte sich bis dahin immer weiter, wurde liberaler und stärker öffentlich thematisiert. Dabei kann es durchaus als Besonderheit gelten, dass in den Niederlanden auch die Ärzteschaft die sich entwickelnde Praxis der Euthanasie großteils guthieß und unterstützte.

Kurz darauf begann auch in der Schweiz eine Diskussion um Sterbehilfe, angestoßen vom Fall Postma in den Niederlanden und dem Skandal um passive Sterbehilfe am Triemli-Spital in Zürich (vgl. Dirlewanger 2020; vgl. Lüönd 2022). In diesem Zuge wurde 1982 in Zürich der Verein EXIT gegründet, welcher ab 1985 Hilfe bei der Selbsttötung durchführte.

Solche Entwicklungen der Liberalisierung sogenannter »aktiver Sterbehilfe« wurden in der Palliative Care lange Zeit vehement abgelehnt, gewiss auch aufgrund der christlichen Wurzeln der Hospiz- und Palliativbewegung (vgl. Clark 2016). Dies floss unter anderem in die erste Definition von Palliative Care durch die Weltgesundheitsorganisation ein, welche 1990 feststellte: »Palliative care [...] intends neither to hasten or postpone death« (World Health Organization 1990). Diese Formulierung, welche in der aktuellen Version von 2002 nach wie vor enthalten ist (<https://pallipedia.org/palliative-care-1990-and-2002-who-definitions/>, abgerufen am 17.10.2023), hat etwas Apologetisches an sich: Sie wirkt so, als würde sich die Palliative-Care-Community verteidigen, dass sie das Leben nicht, wie sonst in der Medizin gängig, verlängern wolle, indem sie zugleich versichert, dass sie das Leben aber auch nicht verkürze, und sich damit von der »aktiven Sterbehilfe« distanziert. Zugleich erinnert diese Formulierung auch an das romantisierende Ideal des natürlichen Sterbens und einer Medizin, welche natürliche Vorgänge lediglich begleitet (wie es auch in der Geburtsmedizin bekannt ist). Davon wird später noch die Rede sein. Doch zunächst stellt sich nun die Frage, wie das Verhältnis zwischen Palliative Care und Suizidhilfe gegenwärtig beschaffen ist.

Gegenwärtiges Verhältnis

Blickt man auf den Zustand der Palliativversorgung wie auch der Praxis der lebensverkürzenden Formen von Sterbehilfe (assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen, im Englischen oft zusammenfassend »Assisted Dying« genannt), so zeigt sich international eine große Diversität. Die Existenz und Qualität einer Palliativversorgung im Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich sehr heterogen, auch innerhalb Europas, wie etwa eine Untersuchung zur »Sterbequalität« ergeben hat (vgl. Economist Intelligence Unit 2010; vgl. World Health Organization 2014). Ebenso ist es mit den Praktiken des »Assisted Dying« (vgl. Mroz et al. 2021): während die Benelux-Staaten, Kanada, Australien, Neuseeland, Spanien und Portugal die Tötung auf Verlangen legalisiert haben, haben zehn Jurisdiktionen in den USA, Österreich, Deutschland und der Schweiz liberale Gesetze in Bezug auf den assistierten Suizid bei gleichzeitigem Verbot der Tötung auf Verlangen. Allerdings unterscheiden sich auch innerhalb dieser zuletzt genannten Staatengruppe sowohl die gesetzlichen Regelungen als auch die Praktiken und Häufigkeiten des assistierten Suizids erheblich (vgl. Borasio/Jox/Gamondi 2019).

Ebenso variabel ist auch das Verhältnis von Palliative Care und aktiver Sterbehilfe in diesen Ländern (vgl. Gerson et al. 2020). In einzelnen Ländern, die eine liberale Regelung und Kultur im Blick auf die »aktive Sterbehilfe« haben, herrscht auch innerhalb der Palliative Care bereits eine weitgehende Akzeptanz dieser lebensverkürzenden Praxis. In Belgien ist die »Euthanasie« vielerorts gleichsam integriert in die Palliativversorgung und wird dort auch praktiziert, was freilich nicht ohne Kritik bleibt (vgl. Bernheim/Raus 2017). In der Schweiz lässt sich eine Tendenz beobachten, dass der assistierte Suizid mehr und mehr in Einrichtungen der Palliativversorgung akzeptiert wird, auch wenn hier die Gesundheitsfachkräfte eine untergeordnete Aufgabe haben, da die Sterbehilfeorganisationen eine zentrale Rolle bei der Suizidassistenz übernehmen (vgl. Tomczyk/Andorno/Jox 2023; vgl. Gamondi et al. 2022; vgl. Tomczyk/Dieudonne-Rahm/Jox 2021; vgl. Gamondi et al. 2019).

Länder, welche die Suizidhilfe beziehungsweise die Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt haben, haben oft Regeln eingeführt, welche den Zugang zu diesen Maßnahmen an eine Aufklärung über mögliche Behandlungsoptionen der Palliative Care koppelt. In dem modellhaften Gesetz des US-Bundesstaates Oregon hat dies dazu geführt, dass sich Palliative Care seit Einführung des *Death With Dignity Act* von 1997 besonders gut entwickeln konnte (vgl. Blanke et al. 2017; vgl. Campbell/Cox 2012).

In Deutschland und Österreich, welche traditionell den assistierten Suizid entweder tabuisiert oder verboten hatten, bevor die oben genannten rechtspolitischen Liberalisierungen auftraten, ist die Palliative-Care-Community eher gespalten und größtenteils nach wie vor skeptisch, wie Umfragen zeigen (vgl. Jansky et al. 2017; vgl. Müller-Busch et al. 2004; vgl. Zenz/Tryba/Zenz 2014). Auch Monate nach dem österreichischen Gesetz finden sich hier keine offiziellen, allgemein zugänglichen Informationen von Palliativeeinrichtungen, welche den assistierten Suizid unterstützen (vgl. Kitta et al. 2023).

Überhaupt ist es auch auf internationaler Ebene so, dass die offiziellen Fachgesellschaften der Palliative Care eine große Distanz zum assistierten Suizid (und noch mehr zur Tötung auf Verlangen) einnehmen. Dies trifft insbesondere auf das White Paper der Europäischen Fachgesellschaft EAPC (European Association of Palliative Care) zu, das

zuletzt 2016 einen unauflösbaren Dissens als Ergebnis feststellte (vgl. Radbruch et al. 2016). Die Stellungnahme der International Association for Hospice and Palliative Care von 2017 betont, dass zunächst die Entwicklung der Palliativversorgung verbessert werden müsse, bevor Staaten den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen zulassen dürften (vgl. De Lima et al. 2017). Die amerikanische Fachgesellschaft für Palliative Care vertritt eine Position der »studied neutrality« (American Academy of and Palliative Care 2007). Selbst die entsprechende Fachgesellschaft Kanadas betont besonders die Distanz zu jeglicher Praxis von »Medical Assistance in Dying« (MAiD), wie es dort heißt (vgl. Canadian Hospice Palliative Care Association 2023). Auch bei der palliativmedizinischen Forschung über Sterbewünsche zeigt eine starke medikalisierte Terminologie, dass jede Form der Lebensverkürzung als unerwünschter Effekt gesehen wird, den es präventiv zu verhindern gilt (vgl. Balaguer et al. 2016).

Kompatibilität der Grundhaltungen?

Die Beschreibung des bis anhin distanzierten Verhältnisses zwischen Palliative Care und assistiertem Suizid wirft die Frage auf, ob die beiden Praxisfelder überhaupt miteinander kompatibel sind. Anders gesagt: Würde eine Suizidassistentz die Grundwerte und Leitideen der Palliative Care verraten? Kann eine Person, die eine professionelle Tätigkeit als Palliative-Care-Fachkraft ernst nimmt, Suizidhilfe leisten, und umgekehrt eine Person, die in der Suizidassistentz tätig ist, palliative oder hospizliche Tätigkeiten übernehmen? Hin und wieder wird die angebliche Inkompatibilität beider Praxisfelder behauptet, insbesondere von Fachkräften der Palliative Care. So führt etwa die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in ihrer Broschüre von 2014 im ersten Satz der Vorbemerkung aus »Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte« (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2014). Im Resümee heißt es dann: »Die Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz heraus Hilfe beim Sterben an, nicht jedoch Hilfe zum Sterben. Daher gehört es aus Sicht des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung eines Suizids zu beraten« (Ebd.).

In der Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft vom April 2021 heißt es noch weitergehend: »Assistierter Suizid ist keine Aufgabe des öffentlichen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesens und keine Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung« (Österreichische Palliativgesellschaft 2021). Interessanterweise hat gerade die Schweizer Fachgesellschaft für Palliative Care in den 35 Jahren ihres Bestehens noch keine Stellungnahme zum assistierten Suizid veröffentlicht, doch ist sie aktuell dabei, eben dies zu tun. Man darf gespannt sein, ob der Tenor anders ausfallen wird als bei den nördlichen und östlichen Nachbarn.

Um die Frage nach der Kompatibilität der Grundwerte zu beantworten, bietet es sich an, von den zentralen Grundwerten der Palliative Care auszugehen. Hier ist auf drei wichtige Werte einzugehen: den Respekt für die Patientenautonomie, das Verständnis von Leiden sowie die Bewertung von Leben und Tod. Wer in eine Palliativeeinrichtung kommt, merkt sofort einen fundamentalen Unterschied zur sonstigen Medizin: die radi-

kale Patientenzentriertheit und die beinahe bis zum Exzess gesteigerte Orientierung an der Autonomie der Patient*innen. In Hospizen und auf Palliativstationen haben Kranke in der Regel Einzelzimmer, die sie nach ihrem eigenen Geschmack häuslich einrichten können, und ihnen wird oft zugestanden, Besuch von Haustieren zu bekommen oder zu rauchen, was sonst in Krankenhäusern strengstens verboten ist. Die sonst in Kliniken strikten Essens- und Ruhezeiten werden an die individuellen Wünsche angepasst. Man versucht, letzte Wünsche der Patient*innen zu realisieren. Nirgendwo sonst wird derart auf das Gespräch über Patientenpräferenzen Wert gelegt, kein anderes Fachgebiet interessiert sich so stark für *Advance Care Planning*. In der Palliative Care werden die Patient*innen zu Akteur*innen, zu Regisseur*innen ihres eigenen Abschieds, den sie ganz authentisch und autonom zu inszenieren haben (vgl. Streeck 2020). Zu diesem Paradigma passt es durchaus, wenn Patient*innen nicht nur ganz bewusst und gezielt bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen oder zu essen und zu trinken aufhören, um sterben zu können, sondern ihren Tod sogar mithilfe eines tödlichen Mittels ganz präzise arrangieren. Sofern dies Ausdruck eines autonomen Willens und authentischer Spiegel der Werthaltungen der Sterbewilligen ist, erfordert der Respekt vor der Patientenautonomie *prima facie*, solche Entscheidungen ebenfalls zu akzeptieren.

Die zweite Grundhaltung der Palliative Care ist die radikale Opposition gegen jede Art von Leiden. Für die Palliative Care ist Leiden grundsätzlich schlecht und zu lindern (womit sie pikanterweise mit bestimmten älteren Strömungen ihrer christlichen Wurzeln in Spannung gerät). Leiden wird als ganzheitliches subjektives Phänomen verstanden, das somatische, psychische, soziale, spirituelle oder gemischte Ursachen haben kann, immer jedoch als »Total Pain« aufzufassen ist. Jede Art von Leiden wird schon per se als moralische Aufforderung verstanden, dieses Leiden so gut wie möglich zu lindern (vgl. Bozzaro 2015). Daher kommen Palliative-Care-Fachleute gelegentlich in ethische Entscheidungsnot, wenn Patient*innen eine Schmerzlinderung ablehnen, weil sie etwa den Erhalt des Bewusstseins der Leidenslinderung vorziehen. Zwar darf keine Leidfreiheit versprochen werden, aber tendenziell wird sie angezielt. Dabei setzt die Palliative Care nicht nur Medikamente ein, sondern durchaus auch interventionelle Maßnahmen, Bestrahlungen, Operationen, ja bis hin zur sogenannten *Ultima Ratio* der palliativen Sedierung (vgl. Cherny/Radbruch 2009; vgl. Bozzaro 2015). Gerade bei der tiefen kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod, bei welcher das Bewusstsein ausgeschaltet wird, beginnt aber bereits die Grauzone in Richtung Lebensverkürzung: Leiden wird gelindert, indem das Bewusstsein ausgeschaltet beziehungsweise das (biographische) Leben beendet wird. Man kann mit Fug hinterfragen, ob die eine und andere Maßnahme noch als Form der Leidenslinderung gelten kann, wenn die*der Patient*in als bewusstes Subjekt beziehungsweise als lebende Person anschließend gar nicht mehr existiert. Gleichwohl bleibt es dabei, dass starkes Leiden für die Palliative Care ein wichtiges *Movens* darstellt, was eine auffällige Parallele zur sogenannten aktiven Sterbehilfe ist, wo häufig auch das »unerträgliche Leiden« ein entscheidendes Zugangskriterium für die Hilfefehandlung darstellt (vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2022).

Der dritte Grundpfeiler der Palliative Care ist ihre spezifische Sicht auf Leben und Tod. Deutlich wird dies im wohl berühmtesten Zitat von Cicely Saunders, der Pionierin der modernen Palliative Care, wo die Grundhaltungen der Patientenzentriertheit, der

Leidenslinderung und der Lebensorientierung zusammenkommen: »You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die« (Saunders 2006). Der Tod an sich wird in der Palliative Care gleichsam ausgeblendet, der Fokus ist ganz auf der noch verbleibenden Restphase des Lebens: Dessen Lebensqualität soll so gut es geht gesteigert werden. Man kann sich fragen, ob dieser extreme Fokus auf die letzte Lebensphase nicht auch eine subtile Form der Todesverdrängung sein kann und ob man jemals Lebensqualität und Lebenssinn erreichen kann, wenn man keine persönliche Antwort auf den Tod und die damit verbundene Infragestellung alles Lebens findet.

Auch kann man kritisch fragen, ob es nicht ein Widerspruch ist, wenn dem Leben ein so hoher Wert zugemessen wird, dass jede Anstrengung auf die Verbesserung der Lebensqualität weniger letzter Tage und Wochen unternommen wird, zugleich aber ein so geringer Wert, dass jede Lebensverlängerung verpönt ist. Zwar ist es richtig, dass gerade die Endlichkeit einer Zeitspanne ihren Wert steigert, aber zugleich machen wir auch die lebensweltliche Erfahrung, dass wir eine wertvolle Zeit nicht nur intensivieren, sondern auch verlängern oder wiederholen wollen: Wert lässt sich sowohl vertikal als auch horizontal addieren. Diese Spannung in der Grundhaltung der Palliative Care kann nur aufgelöst werden durch die Idee der Natürlichkeit: Offenbar herrscht hier eine implizite Hochschätzung des natürlichen Sterbens, wobei es als unnatürlich angesehen wird, Leben zu verlängern oder abzukürzen, nicht jedoch, es mithilfe von Medikamenten erträglicher zu gestalten. Dies wirkt aber nicht sehr konsistent und zudem ist die Natürlichkeit per se kein ethisches Argument für oder gegen eine bestimmte menschliche Handlung (vgl. Birnbacher 2006).

Zudem scheint es so, dass die Palliative Care der Patientenautonomie den Vorrang vor der Lebensorientierung gibt, denn sie lässt ja gemäß dem Konzept der individuellen Lebensqualität die Betroffenen selbst entscheiden, was für sie Lebensqualität ist. Auch dürfen die Betroffenen selbst entscheiden, wann sie durch den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen das Sterben einleiten. Wieso sollte ihnen dann nicht auch das Recht zugestanden werden, das Sterben durch einen positiven, selbst gesetzten Akt einzuleiten, etwa durch assistierten Suizid?

Zusammenfassend bestehen also mehr Parallelen zwischen der Palliative Care und dem assistierten Suizid, als gemeinhin angenommen: Beide lassen sich vom Leiden und vom Respekt für die Patientenautonomie leiten, wobei die Lebensorientierung der Palliative Care zwar ein Unterscheidungsmerkmal ist, aber bei weitem kein unproblematisches und konsistentes. Unterschiedlich scheint zudem der Glaube an die Möglichkeiten palliativer Linderung: bei den einen eher überschätzt, bei den anderen eher unterschätzt, wobei hier im Einzelfall durchaus eine realistische Einschätzung in der Mitte situiert sein dürfte. Klar ist jedenfalls, dass die Palliative Care zwar so manchen Wunsch nach Suizidhilfe auflösen oder in den Hintergrund drängen kann, aber bei weitem nicht jeden (vgl. Borasio et al. 2017). Man kann Palliative Care und assistierten Suizid also durchaus als Geschwister sehen. Umso dringlicher erheben sich nun aber die konkreten berufsethischen Fragen, was die einzelne Palliative-Care-Fachkraft tun darf beziehungsweise soll.

Berufsethische Fragen

Die erste der beiden berufsethischen Fragen, die hier bearbeitet werden sollen, lautet: Darf eine Palliative-Care-Fachkraft (mit ärztlichem, pflegerischem oder sonstigem Hintergrund) Suizidassistenz leisten? Wohlgermerkt geht es hier nicht darum, ob sie das rechtlich darf: Dies entscheidet sich einzig und allein daran, ob sie die im jeweils zuständigen Jurisdiktionsgebiet gültigen rechtlichen Regeln einhält. Die Frage ist nun aber, ob sie das unter berufsethischer Rücksicht darf.

Um die Frage zu beantworten, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass Berufsethik nicht statisch ist, sondern zeitbedingten Veränderungen unterworfen ist. Der bloße Verweis auf eine berufsethische Tradition, die Meinung der Pioniere der Palliative Care oder gar den hippokratischen Eid aus der Antike ist niemals ein ethisches Argument, auch kein berufsethisches – zumal es immer eine Vielzahl heterogener Traditionsstränge in der Berufsethik gab, die parallel nebeneinanderher existierten (vgl. Wiesing 2020). Auch die Berufsethik muss wie jede Ethik Gründe für ihre normativen Aussagen finden, auch hier gilt wie in der allgemeinen Ethik, dass Tradition und Autorität keine normativ zulässigen Gründe sind.

Unsere Epoche ist charakterisiert vom Pluralismus der Werthaltungen, Lebenseinstellungen und Weltanschauungen (vgl. Connolly 2005). Das gilt für alle Mitglieder der Gesellschaft, zu denen selbstverständlich auch die Palliative-Care-Fachkräfte gehören. Oben wurde bereits dargestellt, wie heterogen die Antworten in Umfragen zu ethischen Themen auch innerhalb der Gruppe der Palliativfachkräfte sind. Hüten sollte man sich davor, die Haltungen der Fachkräfte mit den offiziellen Verlautbarungen der Fachgesellschaften oder Ärztesfunktionär*innen gleichzusetzen. So hat etwa, wie der Autor selbst erfahren musste, der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wiederholt die differenzierte Vielfalt der Positionen in seiner eigenen »Arbeitsgemeinschaft Ethik« nicht in seine offiziellen Stellungnahmen übernommen und stattdessen den falschen Anschein erweckt, als bilde die Palliative Care einen monolithischen Meinungsblock.

Derselbe Pluralismus, der sich bei den Fachkräften findet, existiert auch auf Seiten der Patient*innen. Daher gibt es Menschen, die für sich den Weg des assistierten Suizids gehen möchten, nachdem sie dies ernsthaft und lange überlegt, mit ihrem Umfeld diskutiert und schließlich aus freien Stücken und in voller Verantwortung entschieden haben. Wenn diese Menschen Palliative-Care-Fachkräfte finden, die diese Entscheidung nachvollziehen können oder jedenfalls bereit sind, beim freiverantwortlichen Suizid zu helfen und dies mit ihrem Gewissen vereinbaren können, so gibt es keinen guten Grund, weshalb eine berufsethische Autorität dies im 21. Jahrhundert verbieten können sollte. Palliativfachkräfte sind den Kranken verpflichtet und nicht einem abstrakten, gar vermeintlich absoluten Wert des Lebens (vgl. Borasio et al. 2021).

Auf dieselbe Weise wie es einer Palliativfachkraft freigestellt sein sollte, Suizidhilfe zu leisten, sollte es ihr auch freigestellt sein, dies abzulehnen. Beide Positionen sollten keinerlei negative Auswirkungen auf ihre Berufsausübung haben. Auch in anderen, ethisch hochsensiblen und stark kontroversen Fragen, wie etwa dem Schwangerschaftsabbruch oder der Transgenderbehandlung, wird Fachkräften ein Gewissensvorbehalt zuerkannt, so dass sie frei wählen können, ob sie eine bestimmte Handlung ausführen

wollen oder nicht. Die deutschsprachige Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie hat dies in einem jüngsten Grundsatzpapier für die Suizidassistentz eindeutig so formuliert (vgl. Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie 2022).

Es stellt sich jedoch noch eine zweite berufsethische Frage: Haben Palliative-Care-Fachkräfte vielleicht sogar eine berufsethische Verpflichtung, bestimmte Formen professioneller Hilfe beim assistierten Suizid anzubieten? Wie schon gesagt, gilt der Gewissensvorbehalt, so dass von einer Palliativfachkraft nicht verlangt werden kann, etwas zu tun, das ihrem Gewissen widerstrebt und einen erheblichen *moral distress* verursachen würde. Das gilt aber insbesondere für die eigentliche Assistenzhandlung, das Verschreiben, Beschaffen und Anreichen des tödlichen Mittels. Diese Handlung ist notwendig, damit die*der Betreffende den Selbsttötungswunsch auf die geplante Weise umsetzen kann, sie ist aber auch die zeitlich letzte professionelle Handlung, bevor die*der Betreffende selbst mit Tatherrschaft die allerletzte, tödliche Handlung ausführt.

Im Vorfeld gibt es jedoch Formen professionellen Handelns, welche nicht in derselben Weise den Selbsttötungswunsch Sterbewilliger bestätigen und nicht als bloßes Mittel zur Selbsttötung aufzufassen sind. Hierzu gehören etwa die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (Urteilsfähigkeit) der betreffenden Person, die ergebnisoffene Beratung zu den verschiedenen Handlungsoptionen und Unterstützungsangeboten der Palliative Care sowie die therapeutisch-pflegerische Weiterbetreuung. Diese professionellen Handlungen sind daher berufsethisch anders zu bewerten als die eigentliche Suizidassistentz. Meines Erachtens besteht hier eine professionelle Verpflichtung für Palliativfachkräfte, diese Hilfeforderungen zu übernehmen, sofern sie gewünscht sind. Würde eine Fachkraft etwa die pflegerische Weiterbehandlung verweigern, die ärztliche Schmerztherapie ablehnen, eine ergebnisoffene Beratung ausschlagen oder eine Begutachtung der Entscheidungsfähigkeit blockieren, so würde sie die*den Patient*in letzten Endes alleine lassen, dadurch beträchtlichen Schaden zufügen und in ihren*seinen Bedürfnissen nicht respektieren. Die Fachkraft würde dann den berufsethischen Grundsatz verletzen, dass Patient*innen allein auf der Basis ihrer Menschenwürde und ihrer Bedürfnisse Respekt und Behandlung verdienen, unabhängig von Persönlichkeit, Werthaltungen oder Verhalten, dass ein*e Patient*in sich die professionelle Behandlung nicht moralisch »verdienen« muss (vgl. Clavien and Hurst 2020).

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Palliativmedizin und der assistierte Suizid durchaus als zwei Geschwister betrachtet werden können, die historisch gesehen in einer ähnlichen Phase der modernen Medizin geboren sind (auch wenn es historische Vorläufer in früheren Epochen gibt), einander bisher meist mit Abstand und einer gewissen Skepsis behandelt haben, aber gleichwohl erstaunlich viele Grundhaltungen miteinander teilen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass beide sich eines Tages versöhnen und zu einem *Modus vivendi* finden. Im Sinne der Patient*innen wäre das allemal.

Literatur

- American Academy of Hospice and Medicine Palliative: »Position statement on physician-assisted death«, in: *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy* 21(4) 2007, S. 55–57.
- Balaguer, A./Monforte-Royo, C./Porta-Sales, J./Alonso-Babarro, A./Altisent, R./Aradilla-Herrero, A./Bellido-Perez, M./Breitbart, W./Centeno, C./Cuervo, M. A./Deliens, L./Frerich, G./Gastmans, C./Lichtenfeld S./Limonero, J. T./Maier, M. A./Materstvedt, L. J./Nabal, M./Rodin, G./Rosenfeld, B./Schroepfer, T./Tomas-Sabado, J./Trelis, J./Villavicencio-Chavez, C./VOLTZ, R.: »An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors«, in: *PLOS One* 11(1) (2016), doi: 10.1371/journal.pone.0146184.
- Bartsch, C./Landolt, K./Ristic, A./Reisch, T./Ajdacic-Gross, V.: »Assisted Suicide in Switzerland: An Analysis of Death Records From Swiss Institutes of Forensic Medicine«, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 116 (2019), S. 545–552, doi: 10.3238/arztebl.2019.0545.
- Benzenhöfer, U.: *Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009.
- Bergdolt, K.: »Historische Reflexionen zur Sterbehilfe«, in: V. Schumpelick (Hg.), *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Ein deutsch-niederländischer Dialog*, Freiburg i.Br.: Herder. 2003, S. 97–119.
- Bergdolt, K.: *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*, München: C.H. Beck 2004.
- Bernheim, J. L./Raus, K.: »Euthanasia embedded in palliative care. Responses to essentialistic criticisms of the Belgian model of integral end-of-life care«, in: *Journal of Medicine Ethics* 43(8) (2017), S. 489–494, doi: 10.1136/medethics-2016-103511.
- Berthelsen, P. G./Cronqvist, M.: »The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953.« in: *Acta Anaesthesiol Scandinavia* 47(10) (2003), S. 1190–1195.
- Birnbacher, D.: *Natürlichkeit*, Berlin: de Gruyter 2006.
- Blanke, C./LeBlanc, M./Hershman, D./Ellis, L./Meyskens, F.: »Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon«, in: *JAMA Oncology* 3(10) (2017), S. 1403–1406, doi: 10.1001/jamaoncol.2017.0243.
- Borasio, G. D./Jox, R. J./Gamondi, C.: »Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths«, in: *Lancet* 393(10175) (2019), S. 982–983, doi: 10.1016/S0140-6736(18)32554-6.
- Borasio, G. D./Jox, R. J./Taupitz, J./Wiesing, U.: *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart: Kohlhammer 2014.
- Borasio, G. D./Jox, R./Taupitz, J./Wiesing, U.: »Yes, This Is the Society in Which We Want to Live«, in: *Journal of Palliative Medicine* 24(5) (2021), S. 659–660.
- Borasio, G. D./Jox, R. J./Taupitz, J./Wiesing, U.: *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*, Berlin/Heidelberg: Springer 2017.

- Bozzaro, C.: »Der Leidensbegriff im medizinischen Kontext: Ein Problemaufriss am Beispiel der tiefen palliativen Sedierung am Lebensende.« in: *Ethik in der Medizin* 29 (2015), S. 93–106.
- Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. – 2 BvR 2347/15 – Rn. 1–343.
- Campbell, C. S./Cox, J. C.: »Hospice-assisted death? A study of Oregon hospices on death with dignity«, in: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 29(3) (2012), S. 227–235, doi: 10.1177/1049909111418637.
- Canadian Hospice Palliative Care Association: Position Statement on Hospice Palliative Care and Medical Assistance in Dying (MAiD) 2023, <https://www.chpca.ca/resource/position-statement-on-hospice-palliative-care-and-medical-assistance-in-dying-maid/>, abgerufen am 28. Juli 2023.
- Cherny, N. I./Radbruch, L.: »European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care«, in: *Palliative Medicine* 23(7): (2009), S. 581–93.
- Clark, D.: *To Comfort Always: A History of Palliative Medicine Since the Nineteenth Century*, Oxford: Oxford University Press 2016.
- Clavien, C./Hurst, S.: »The Undeserving Sick? An Evaluation of Patients' Responsibility for Their Health Condition«, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 29(2) (2020), S. 175–191, doi: 10.1017/S0963180119000975.
- Connolly, W.E.: *Pluralism*, Durham (CN, USA): Duke University Press 2005.
- De Lima, L./Woodruff, R./Pettus, K./Downing, J./Buitrago, R./Munyoro, E./Venkateswaran, C./Bhatnagar, S./Radbruch, L.: »International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide«, in: *Journal of Palliative Medicine* 20(1) (2017), S. 8–14, doi: 10.1089/jpm.2016.0290
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: *Ärztlich Assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin*, Berlin: DGP 2014.
- Deutscher Bundestag: *Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung* vom 3. Dezember 2015. *Bundesgesetzblatt* 49 (Teil I) 2015.
- Dirlwanger, D.: »The international repercussions of the ›Hämmerli Affair‹. The evolution of euthanasia debates in Western Europe (1974–1977)«, in: *Revue d'histoire* 147(3) (2020), S. 105–117.
- Du Boulay, S.: *Cicely Saunders: The Founder of the Modern Hospice Movement*, London: Society for Promoting Christian Knowledge 2007.
- Economist Intelligence Unit: »The quality of death. Ranking end-of-life care across the world«, in: *Economist Intelligence Unit* (2010), https://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation.
- Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie: *Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie. Grundsatzpapier, FGPG* 2022, https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2022/10/Sterbewu%CC%88nsche-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_FGPG.pdf, abgerufen am 29. Juli 2023.
- Feichtner, A./Körtner, U./Likar, R./Watzke, H./Weixler, D.: *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer 2022.

- Fittkau, L./Gehring, P.: »Zur Geschichte der Sterbehilfe«, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 4 (2008), S. 25–31.
- Gaignard, M. E./Pautex, S./Hurst, S.: »Existential suffering as a motive for assisted suicide: Difficulties, acceptability, management and roles from the perspectives of Swiss professionals«, in: *PLOS One* 18(4) (2023), doi: 10.1371/journal.pone.0284698.
- Gamondi, C./Borasio, G. D./Oliver, P./Preston, N./Payne, S.: »Responses to assisted suicide requests: an interview study with Swiss palliative care physicians«, in: *BMJ Support Palliat Care* 9(1) (2019), doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001291.
- Gamondi, C./Gayet-Ageron, A./Borasio, G. D./Hurst, S./Jox, R. J./Ricou, B.: »Attitudes of university hospital staff towards in-house assisted suicide«, in: *PLOS One* 17(10) (2022), doi: 10.1371/journal.pone.0274597.
- Gerson, S. M./Koksvik, G. H./Richards, N./Materstvedt, L. J./Clark, D.: »The Relationship of Palliative Care With Assisted Dying Where Assisted Dying is Lawful: A Systematic Scoping Review of the Literature«, in: *Journal of Pain and Symptom Management* 59(6) (2020), S. 1287–1303.
- Jansky, M./Jaspers, B./Radbruch, L./Nauck, F.: »[Attitudes and experiences regarding physician assisted suicide: A survey among members of the German Association for Palliative Medicine]«, in: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60(1) (2017), S. 89–98, doi: 10.1007/s00103-016-2476-7.
- Kitta, A./Ecker, F./Zeilinger, E. L./Kum, L./Adamidis, F./Masel E. K.: »Statements of Austrian hospices and palliative care units after the implementation of the law on assisted suicide: A qualitative study of web-based publications«, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 135 (2023), S. 331–491, doi: 10.1007/s00508-023-02157-9.
- Kübler-Ross, E.: *On Death and Dying*, New York: Simon & Schuster 1969.
- Lüönd, K.: »40 Jahre Exit: Der Kampf um das Recht, zu sterben«, in: *NZZ Magazin* 02.04.2022.
- Montaguti, E./Jox, R. J./Zwick, E./Picozzi, M.: »From the concept of ›good death‹ in the ancient world to the modern concept of ›euthanasia‹«, in: *Medicina Historica* 2(2) (2018), S. 104–108.
- Mroz, S./Dierickx, S./Deliens, L./Cohen, J./Chambaere, K.: »Assisted dying around the world: a status quaestionis.«, in: *Annals of Palliative Medicine* 10(3) (2021), S. 3540–3553, doi: 10.21037/apm-20-637.
- Muller-Busch, H. C./Oduncu, F. S./Woskanjan, S./Klaschik, E.: »Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation – a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine«, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 7(3) (2004), S. 333–339, doi: 10.1007/s11019-004-9349-9.
- Österreichische Palliativgesellschaft (ÖPG): Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft zum aktuellen Diskussionsprozess über eine gesetzliche Regulierung des assistierten Suizids 2021, <https://www.palliativ.at/aktuelles/stellungnahmen-der-opg>, abgerufen am 17. Oktober 2023.
- Radbruch, L./Leget, C./Bahr, P./Muller-Busch, C./Ellershaw, J./de Conno, F./Vanden Berghe, P./Board Members of EAPC: »Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care«, in: *Palliative Medicine* 30(2) (2016), S. 104–116, doi: 10.1177/0269216315616524.

- Republik Österreich: Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG) BGBl. I Nr. 242 2021.
- Saunders, C.: »The evolution of palliative care«, in: *Patient Education and Counseling* 41(1) (2000), S. 7–13.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: *Umgang mit Sterben und Tod*, Basel: SAMW 2022.
- Stolberg, M.: »Cura palliativa«. Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500–1850)«, in: *Medizinhistorisches Journal* 42(1) (2007), S. 7–29.
- Stolberg, M.: *Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute*, Frankfurt a.M.: Mabuse Verlag 2011.
- Stolberg, M.: »Sterbehilfe: Ein Thema mit langer Geschichte«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 115(47) (2018), S. A2164–7.
- Streck, N.: *Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende*, München: Campus Verlag 2020.
- Tomczyk, M., R. Andorno/Jox, R. J.: »How is it possible that at times we can be physicians and at times assistants in suicide?« Attitudes and experiences of palliative care physicians in respect of the current legal situation of suicide assistance in Switzerland«, in: *Journal of Medical Ethics* 49 (2023), S. 594–601, doi: 10.1136/jme-2022-108546.
- Tomczyk, M./Dieudonne-Rahm, N./Jox, R. J.: »A qualitative study on continuous deep sedation until death as an alternative to assisted suicide in Switzerland«, in: *BMC Palliative Care* 20(1) (2021), doi: 10.1186/s12904-021-00761-y.
- Verfassungsgerichtshof. 2020. VfGH-Erkenntnis G 139/2019 vom 11. Dezember 2020, https://www.vfgh.gv.at/medien/Toetung_auf_Verlangen_Mithilfe_am_Suizid.php, abgerufen am 28. Juli 2023.
- Vilpert, S./Borrat-Besson, C./Borasio, G. D./Maurer, J.: »Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide: evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland«, in: *PLOS One* 15(4) (2020), doi: 10.1371/journal.pone.0232109.
- Wiesing, U.: »The Hippocratic Oath and the Declaration of Geneva: legitimization attempts of professional conduct«, in: *Medicine, Healthcare and Philosophy* 23 (2020), S. 81–86.
- Wiesing, U.: »The Judgment of the German Federal Constitutional Court regarding assisted suicide: a template for pluralistic states?«, in: *Journal of Medical Ethics* 48(8) (2022), S. 542–546, doi: 10.1136/medethics-2021-107233.
- World Health Organization: *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804)*, Geneva: World Health Organization 1990.
- World Health Organization: *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Geneva: Worldwide Palliative Care Alliance 2014.
- Zenz, J./Tryba M./Zenz, M.: »Physician-Assisted Dying: Acceptance by Physicians Only for Patients Close to Death«, in: *Pain and Therapy* 3(2) (2014), S. 103–12, doi: 10.1007/s40122-014-0029-z.

Teil III: Vulnerable Gruppen

Beitrag aus der Podiumsdiskussion zur Problematik, mittels Patientenverfügung bei Diagnose einer Demenzerkrankung prospektiv den Willen nach assistiertem Suizid festzulegen

Mein schwer an Demenz erkrankter Vater hat in einem seiner sehr seltenen, etwas klaren Momente, in dem er mich vielleicht erkannt hat, eine Äußerung gemacht, die mich in einen Gewissenskonflikt bringt und mir schwer zu denken gibt – für seine Gegenwart, aber auch für meine Zukunft.

Er sagte: »Ich bin dir und mir selber eine Last, und das möchte ich nicht mehr. Ich möchte sterben und ich will, dass einer kommt und mir etwas gibt. Ich habe keine Angst vor dem Sterben, aber ich habe Angst vor den Schmerzen und vor langem Leiden.«

Ich frage mich seitdem, ob dies trotz der vorangeschrittenen Demenz eine Willensäußerung und ein tief empfundener Wunsch meines Vaters ist, den ich als Auftrag sehen sollte? Ich weiß, dass die Chancen gering stehen, dass mein Vater dies in einer psychischen Untersuchung, wie es in der Diskussion um eine gesetzliche Regelung angedacht wäre, wiederholen würde. Es gibt keine Patientenverfügung, die hier weiterhelfen könnte in seinem Wunsch nach assistiertem Suizid.

Auch wenn mein Vater schon lange nicht mehr urteilsfähig ist, so kann er aber doch möglicherweise tief diesen Wunsch empfinden und eventuell danach handeln. Er kann sich immer noch von einer Brücke stürzen, weil ihm eine Assistenz zu einem würdevollen Suizid versagt ist. Und dann frage ich mich, wie könnte das ein assistierter Suizid sein, wenn mein Vater es dann nicht mehr erfassen könnte, dass zum Beispiel die Einnahme eines Medikaments, das ihm zum Trinken hingestellt wird, zum Tode führt.

Für meine eigene Zukunft frage ich mich, wie ich selber für den nicht ganz unwahrscheinlichen Fall, selber an Demenz zu erkranken, vorsorgen kann. Wie kann ich heute bestimmen, dass mir im Falle schwindender Urteilsfähigkeit jemand hilft beim Suizid?

»Einer, der ihnen die Finsternis bringt.«

Buchbesprechung zu Lukas Bärfuss: *Alices Reise in die Schweiz*

Christoph Rehmann-Sutter

Das 2005 am Theater Basel uraufgeführte Stück thematisiert die Schweizer Sterbehilfeorganisationen, die Menschen aus Ländern mit restriktiver Gesetzgebung in den Tod begleiten. »In die Schweiz reisen« ist vielerorts zu einem geflügelten Wort geworden, das der Titel aufgreift. *Alices Reise in die Schweiz* von Lukas Bärfuss ist ein Auftragswerk des Theaters Basel. Wie Christian Gampert in seiner Kritik der Aufführung im Deutschlandfunk schrieb, haben Auftragswerke ihre Tücken, die man diesem Stück anmerkt. Es ist gut gemacht, unter diesen Voraussetzungen »völlig adäquat: Es ist die Bebilderung eines Problems, die Problematisierung eines Zustands, eine didaktische Hinführung des Publikums.«¹ Die Figuren kommen aber nicht so richtig zum Leben, sie werden nicht subversiv, sondern bleiben Bedeutungsträger*innen, die die in den kurzen Szenen aufgeworfenen komplexen Fragen illustrieren. Den Basler Aufführungen folgten jeweils – völlig adäquat – Foyer-Gespräche, in denen sich das Publikum zu den im Stück aufgeworfenen moralischen Problemen äußern konnte. Wenn ich diesen Rahmen aber mal hinnehme und mit zeitlichem Abstand eine zweite Sichtung wage, wird das Stück interessanter, als es mir damals, bedingt durch die Umstände der Entstehung, durch die Einladung an einem dieser Foyer-Gespräche zusammen mit Lukas Bärfuss mitzuwirken und durch heftige Diskussionen um Sterbetourismus in der Schweiz, welche die Zeit des Schreibauftrags und der Erstaufführung prägten und an denen ich selbst auch teilgenommen habe,² vielleicht scheinen musste.

Als Ganzes wirkt es vor dem Hintergrund der heutigen Diskussionslage subversiver, auch wenn das die einzelnen Figuren vielleicht (abhängig von der Inszenierung) weniger tun. Im Unterschied etwa zu John Zaritzkys hervorragendem Dokumentarfilm *The Suicide Tourist* von 2007 sagt *Alices Reise* dem Publikum nicht, dass es die Situation und das Leiden von Menschen, die von ihrer Krankheit und vom Strafrecht im eigenen Land in

1 Christian Gampert: Sterbehilfe einmal anders. Deutschlandfunk, 5.3.2005 (abrufbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/sterbehilfe-einmal-anders-100.html>).

2 Die Schweizerische Nationale Ethikkommission, deren Präsident ich damals war, hat 2005 ihre lange erarbeitete Stellungnahme publiziert: »Beihilfe zum Suizid«, Nr. 9/2005 (abrufbar unter www.nek-cne.admin.ch).

eine ausweglose Situation gebracht werden, ernst nehmen und von seinen moralischen Vorurteilen gegen Sterbehilfeorganisationen, Sterbetourismus und assistierten Suizid Abstand nehmen soll. Dafür sind die Fälle und die Schicksale der im Stück vorkommenden fünf Sterbewilligen viel zu heterogen. Das Stück sagt dem Publikum vielmehr, dass die Problematik des assistierten Suizids in seinem historischen und gesellschaftlichen Kontext wesentlich komplexer ist als das moralische Ja oder Nein, wenn man nur seine konkreten Realisierungsbedingungen betrachtet. Es enthüllt nämlich einiges vom Zustand dieser Welt, in der die Praxis stattfindet und angesichts der legitimen Bedürfnisse vieler Betroffener für akzeptabel, gar für notwendig gehalten werden *muss*. Assistierter Suizid wird damit vom bekannten ethischen Problem, über das man streiten kann, zu einem Symptom einer gesellschaftlichen Lage umgedeutet. Wer dafür aufmerksam ist, kann das Stück wieder offen deuten. Es ist dann gar kein Moralstück. Die zentrale Frage bei der Auseinandersetzung mit diesem Werk ist nicht, wie wir die Problematik des assistierten Suizids beurteilen, sondern: Was erkennen wir in dem Spiegel, den es uns deutlich sichtbar entgegenhält?

Am Ende werden die Fäden, in die wir verstrickt sind, am deutlichsten sichtbar. Sterbehelfer Gustav Strom hält den letzten Monolog und erklärt dem Publikum, dass hinsichtlich des Todes der Mensch nicht weitergekommen ist, auch wenn sich die Medizin und die Technik entwickelt haben. »Der Leib ist derselbe« (56). Aber jetzt ist ein Problem hinzugekommen, das vorher nicht bestand: »Die Technik ist zu stark für unseren schwachen Körper« (57). Man kommt deshalb, *weil* die Medizin so gut ist, in Situationen, in denen »die Birne längst verglüht und das Licht aus ist«, das Leben aber noch weitergeht, bis einer kommt, »der den Schalter dreht«. Und deshalb ist sich Strom (ein vielsagender Name!) sicher: »einen wie mich werden sie brauchen, je länger, je mehr« (ebd.). Einer muss ihnen die erlösende Finsternis bringen. Aber weil alles, was mit dem Tod zu tun hat oder mit dem Tod in Berührung gekommen ist, verdrängt wird, sogar Ekel erregt, ist die Gesellschaft nicht bereit, die Konsequenzen zu sehen. In einer köstlichen und erhellenden Szene erzählt die Sterbehelferin Eva von ihrer Nachbarin, für die sie Gulasch gekocht hatte und mit der sie beim Essen ein Haar einer Toten im Teller fand – in ihrem eigenen Teller. Der bloße Anblick dieses Haars trieb die Nachbarin in die Flucht, obwohl es gar nicht in dem Teller war, aus dem sie aß (27).

Die Menschen, in der Diagnose Gustav Stroms, sollten froh darüber sein, was er tut. Aber sie hassen ihn dafür. Sonst würden sie ja zugeben, »dass sie gescheitert sind« (57). Und das müssen sie sich ausgerechnet von dem verhassten Sterbehelfer sagen lassen. Die Vision der Verbesserung der Lebensbedingungen durch den Fortschritt der Medizin zerbricht in der Situation der Abhängigkeit im Zeitpunkt des Todes. Strom ist der, der sich für diese Menschen opfert, sogar ins Gefängnis geht, weil er einer Person mit einer psychischen Erkrankung geholfen hat und sich dafür seine ärztliche Approbation (und die Berechtigung zum Ausstellen von Rezepten) entziehen lässt. Er zieht den Hass der Menschen auf sich, weiß aber, dass dies eine Ehre ist.

Fast schon monströs muss daher die Eröffnungsszene des Stücks anmuten, in der Gustav Strom der depressiven Alice, die schon mehrfach versucht hat, sich das Leben zu nehmen, minutiös alle Details seiner Suizidbegleitung erklärt. Strom spricht über 88 Zeilen, Alice hat 25. Stroms Ausführungen sind lang und zusammenhängend, Alices Text ist meist einzeilig und knapp: »Wünsche«, »Fünf Minuten«, »Gegen mich« (10). Ein

Monolog mit Zwischenrufen. Einmal bekommt sie fünf Zeilen. Später im Stück erklärt Lotte, Alices Mutter, dass sie sich nicht fürchtet. Alice würde es nicht wirklich tun, es sei bloß »ein Spiel. [...] Appellativer Suizid« (29). Alice versuche »alle paar Wochen, sich umzubringen. Wenn sie in einem Tief ist« (ebd.). Aber dieses Mal wird es Alice durchziehen, mit der professionellen Hilfe des Sterbehelfers, mit der dafür abgestimmten Medikation (allerdings wird es Rohypnol sein – mit anschließendem Plastiksack über den Kopf –, in Ermangelung des rezeptpflichtigen Natriumpentobarbitals). Sie bekommt die Zusage zur Suizidbegleitung und verstirbt in Zürich. In einem überraschenden Plot-Twist folgt ihr Lotte nach, die nach dem Tod ihrer Tochter, die ihr sehr nahe war, in Trauer ist. Auch sie bekommt die Zusage zur Sterbebegleitung und verstirbt in Zürich. Strom ist ein Prinzipientäter, der stets in Bereitschaft ist, dabei nach den Vorgaben des Gesetzes handelt und sicherstellt, dass die Entscheidung zum Sterben wohlüberlegt und der Wille dauerhaft ist. Das Recht auf Autonomie muss gewahrt bleiben. Er fällt seiner eigenen Überzeugung zum Opfer und verliert die Fähigkeit zu unterscheiden und sich für die Hintergründe derjenigen, die zu ihm kommen, wirklich zu öffnen.

Das Stück hinterlässt ein zutiefst zwiespältiges Bild der Praxis der Suizidassistenz, aber nicht nur der Praktiker*innen selbst, verkörpert durch Gustav Strom, sondern der Gesellschaft, die in einen Zustand geraten ist, in dem zunehmend und völlig nachvollziehbar ein Bedürfnis nach einer Hilfe zum Sterben entsteht, welche die Personen, die sie zu leisten bereit sind, aber in eine für sie selbst – und letztlich dann auch für die Sterbewilligen – riskante, schwierige Position bringt.

Literatur

Bärfuss, Lukas: Alices Reise in die Schweiz/Die Probe/Amygdala. Stücke, Göttingen: Wallstein 2007.

Suizidhilfe bei psychisch Erkrankten – welche Kriterien entscheiden?

Eva Kowalinski und Christian G. Huber

Ausgangslage in der Schweiz – Menschen mit psychischer Erkrankung als vulnerable Gruppe im Kontext von assistiertem Suizid

2018 hat die Schweizerische Akademie der Wissenschaften (SAMW) in ihren Richtlinien die Kriterien für die Zulassung zum assistierten Suizid in der Schweiz aktualisiert (SAMW 2004; 2018). Der folgende Artikel untersucht die Bedeutung dieser Kriterien für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Insbesondere die Kriterien des unerträglichen Leids, aber auch die Aspekte Urteilsfähigkeit und Ausschöpfung von therapeutischen Optionen haben für diese vulnerable Personengruppe eine praktische Relevanz. Der Artikel zeigt die dafür bedeutsamen psychiatrischen Zusammenhänge auf und stellt dar, welche Herausforderungen sich aus ihnen für die Erstellung von verbindlichen Bedingungen für den assistierten Suizid ergeben. Zunächst folgt eine kurze Erläuterung der Praxis bezüglich des assistierten Suizids in der Schweiz und den Diskursen, die dort im Hinblick auf die Kriterien für den assistierten Suizid geführt werden. Zum Schluss des Artikels wird auch das Thema der allgemeinen Stigmatisierung psychisch Erkrankter aufgegriffen, da es aus Sicht der Autor*innen auch im Kontext des assistierten Suizids eine erhebliche Rolle spielt.

Die Praxis des assistierten Suizids hat in der Schweiz eine lange Tradition und ist im Gegensatz zur Tötung auf Verlangen erlaubt (vgl. Dierickx et al. 2020). Während bei der Tötung auf Verlangen durch eine*n Ärztin*Arzt oder andere dritte Person ein zum Tode führendes Mittel verabreicht wird, geht es beim assistierten Suizid darum, der*dem Suizidwilligen die tödliche Substanz zu vermitteln, die die*der Betroffene ohne Fremdeinwirkung selbst einnimmt. Innerhalb des schweizerischen Gesetzes ist der assistierte Suizid wenig reguliert und wird nur unter Strafe gestellt, wenn er aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt (Art. 115 StGB). Eine nähere Erläuterung der möglichen selbstsüchtigen Motive bleibt im Gesetzestext aus.

Während die Zahl der Suizide in der Schweiz langjährig in der Tendenz leicht sinkend ist (vgl. Bundesamt für Statistik 2022) und im Jahr 2020 erstmals unter 1000 pro Jahr lag, gab es im Jahr 2018 in der Schweiz 1176 Fälle (499 Männer und 677 Frauen) von assistier-

tem Suizid. Damit hat sich die Zahl gegenüber dem Jahr 2010 mehr als verdreifacht. Mit 1196 Fällen im Jahr 2019 und 1251 Fällen im Jahr 2020 ist sie in dieser Zeit nochmals um 4,6 Prozent gestiegen (vgl. [Swissinfo.ch](http://www.swissinfo.ch) 2020). Auch andere Länder, in denen der assistierte Suizid legalisiert wurde, wie Belgien und die Niederlande oder der US-amerikanische Bundesstaat Oregon, verzeichnen diese deutliche Tendenz der steigenden Inanspruchnahme (vgl. Borasio et al. 2019).

Der Anteil unter den assistierten Suizide mit zugrundeliegenden psychischen Erkrankungen liegt seit 2006 unter Schweizer Bürger*innen bei 17 Prozent, bei Nichtschweizer*innen, also Personen aus anderen Ländern, die in der Schweiz assistierten Suizid in Anspruch genommen haben, bei 8 Prozent (vgl. Bartsch et al. 2019). Daten aus den Niederlanden deuten auch dort eine zunehmende Bedeutung der psychischen Erkrankungen unter den assistierten Suiziden an – zwischen 2008 und 2017 stieg die absolute Zahl von 0 auf 83 Fälle (vgl. Evenblij et al. 2019).

Die Bedingungen, unter denen der assistierte Suizid durchgeführt werden sollte, sind regelmäßig Gegenstand von medizinethischen und öffentlichen Diskussionen (vgl. Hehli/Hardegger 2019). So titelte die Neue Zürcher Zeitung im April 2019 »Suizidhilfe für alle Erwachsenen? Wie ein ethisches Dilemma die Fachwelt spaltet« und verweist damit auf die große Kontroverse in der Schweiz, unter welchen Bedingungen der assistierte Suizid ethisch und berufsrechtlich gerechtfertigt ist. Die SAMW betrachtet den assistierten Suizid zwar nicht als medizinische Tätigkeit, sondern als »rechtlich zulässige Tätigkeit«, die Ärzt*innen als »eigenverantwortliche Entscheidung« ausüben können (SAMW 2022: 25). Sie legt innerhalb der von ihr herausgegebenen medizinethischen Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod aber sehr wohl Kriterien für einen ethisch gerechtfertigten assistierten Suizid fest, die für die medizinische Praxis hoch relevant sind. Im Jahr 2018 wurde eine Aktualisierung dieser Richtlinien durch die SAMW veröffentlicht, die eine ältere Version der Richtlinien aus dem Jahr 2004 ersetzte. Gemäß beiden Versionen sind eine intakte Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, Wohlerwogenheit, Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches und fehlende therapeutische Optionen notwendige ethische Kriterien für die Zulassung zum assistierten Suizid. Während jedoch die vorherige Formulierung aus dem Jahr 2004 die Suizidhilfe als ethisch vertretbar ansah, sofern der Zustand der*des Patient*in »die Annahme [rechtfertigt], dass das Lebensende nahe ist«, ist für die neue Richtlinie von 2018 ausschlaggebend, dass deren*dessen »Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen [...] Ursache unerträglichen Leidens« sind (SAMW 2004: 9; 2018: 26).

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum, FMH) legt eine sogenannte Ständeordnung fest, welche als berufsständische Leitlinie bindend für die Mitglieder ist. Üblicherweise integriert die FMH die Richtlinien der SAMW in diese Ständerordnung. Im Falle des assistierten Suizids lehnte sie die neuen Richtlinien jedoch ab: Das Kriterium des unerträglichen Leidens sei zu »unbestimmt« und zudem »von der Einschätzung des Patienten und dessen Wertvorstellungen« abhängig, was für behandelnde Ärzt*innen »eine erhebliche Unsicherheit« und für die Ärzteschaft »eine massive Ausweitung des Anwendungsbereichs« der Suizidbeihilfe zur Folge haben würde (FMH 2018: 3).

Diese Kontroverse zwischen den beiden Institutionen SAMW und FMH ist insbesondere auch für Personen mit einer psychischen Erkrankung von Bedeutung, die ei-

nen anhaltenden Sterbewunsch haben. Denn psychische Störungen führen mit einigen wenigen Ausnahmen, wie zum Beispiel schwerwiegenden Verläufen einer Anorexia nervosa (Magersucht), in der Regel in ihrem natürlichen Krankheitsverlauf nicht in absehbarer Zeit zum Tode, sie lassen sich also nicht als terminale Erkrankungen definieren. Sie können aber durchaus zu Leiden führen, das die betroffene Person als unerträglich empfindet. Die Beurteilung eines Sterbewunsches ist bei dieser Gruppe tatsächlich eine Herausforderung. Es ist bekannt, dass insbesondere Menschen mit Psychosen, Depressionen, Suchterkrankungen und ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen ein erhöhtes Suizidrisiko tragen. Im Kontext dieser Erkrankungen entsteht Suizidalität durch eine Einengung im Denken, Erleben und Wahrnehmen der eigenen Situation, Person und Zukunftsperspektiven und ist häufig nur ein vorübergehender Zustand (vgl. Lewitzka 2022). Auf der anderen Seite ist Suizidalität eine ureigene menschliche Denk- und Verhaltensmöglichkeit, die nicht automatisch eine Krankheit darstellt oder zwangsläufig im Rahmen einer solchen auftritt (vgl. Wolfersdorf/Hegerl 2018). Sie kann ein wohl erwogener Schluss auf Basis eines von unerträglichem Leid ohne Aussicht auf Besserung geprägten Lebenswegs sein (vgl. Grassi et al. 2010). In diesem Spannungsfeld kann für die beteiligten Ärzt*innen ein moralischer Konflikt zwischen dem ethischen Grundsatz der Achtung der Patientenautonomie und dem ethischen Grundsatz der Wohltätigkeit im Sinne der Erhaltung des Lebens (Suizidprävention) aufkommen.

Im Mai 2022 wurde als Ergebnis einer Kooperation von SAMW und FMH eine aktualisierte Fassung der Richtlinien von 2018 publiziert. Wie diese verlangt sie unerträgliches Leid auf Basis einer Erkrankung und führt wie folgt aus:

»Schwerwiegendes Leiden: Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind schwerwiegend, was durch eine entsprechende Diagnose und Prognose zu substantiieren ist. Sie sind für ihn Ursache unerträglichen Leidens (vgl. Kap. 2.4.) Da unerträgliches Leiden nicht objektiv feststellbar ist, kann diese Feststellung vom Arzt nicht verlangt werden. Dagegen muss dieser dokumentieren, dass er sich mit ausreichender Sorgfalt bemüht hat, sich mit der konkreten individuellen Situation des Patienten so vertraut zu machen, dass die Unerträglichkeit für ihn nachvollziehbar wurde. Eine abstrakte Begründung anhand einer Diagnose ist allein nicht ausreichend, kann diese Beurteilung aber unterstützen, insbesondere durch Dokumentation eines entsprechenden Verlaufs und Schilderung der persönlichen Situation. Ethisch nicht vertretbar im Sinn dieser Richtlinien ist Suizidhilfe bei gesunden Personen.« (SAMW 2022: 26)

Diese Situation spiegelt wider, dass der assistierte Suizid gemäß dem Strafgesetz legal ist und die Richtlinien »lediglich« medizinethische Handlungsempfehlungen und, wenn von der FMH integriert, berufsständische Leitlinien darstellen. Die bei Sterbeorganisationen wie EXIT etablierte jahrzehntealte gelebte Praxis orientiert sich an den Kriterien, die beide Versionen der Richtlinien (2004 und 2018) gemeinsam haben: Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, Wohlerwogenheit, Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches und Fehlen von therapeutischen Optionen (vgl. Bersier 2022). Es ist interessant, dass diese allen Versionen gemeinsamen Kriterien in der öffentlichen Kontroverse weniger Bedeutung erhalten als in der bisherigen Praxis des assistierten Suizids.

Die Aktualisierung von 2022 hebt zwar den Ausschluss der psychisch Erkrankten vom Zugang zu assistierten Suizid auch in der Ständeordnung auf, legt jedoch, wie die Schweizerische Sterbehilfeorganisation EXIT betont, einen Schwerpunkt auf die Nachvollziehbarkeit des Leidens durch die Ärzt*innen und lässt psychosoziale Faktoren außer Acht (vgl. Bersier 2022).

Unerträgliches Leiden

In den neuen Richtlinien der SAMW ist eine Voraussetzung für einen ethisch gerechtfertigten assistierten Suizid, dass für Betroffene ein als unerträglich empfundenenes Leiden besteht, welches durch eine entsprechende Diagnose (Erkrankung) oder Funktionseinschränkung verursacht wird und für Beurteilende nachvollziehbar erscheint (vgl. SAMW 2022). Somit beziehen sich die Kriterien der SAMW für einen assistierten Suizid auf das medizinethische Prinzip der Fürsorge (Benefizienz), also das Streben nach Wohl und Leidensminderung. Auch in anderen Ländern wie den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und Kanada basiert die Gesetzgebung für den assistierten Suizid beziehungsweise für Euthanasie auf dem medizinethischen Prinzip der Fürsorge (vgl. Braun et al. 2022). Die Linderung von Leid ist ein zentrales Ziel des medizinischen Handelns; Leid ist ein unerwünschter Zustand, der möglichst beendet werden soll (vgl. Callahan 1999). Doch Leid lässt sich in der Regel nicht auf einen einzelnen Aspekt des Lebens reduzieren (vgl. Verhofstadt et al. 2019) – wie zum Beispiel den körperlichen Schmerz – und bleibt im Kontext mit einem Sterbewunsch als Kriterium sehr unscharf. Auch die Präzisierung, dass das Leiden mit einer Diagnose assoziiert sein soll, bringt keine ausreichende Klarheit. Denn welche Anteile des Leids in welchem Ausmaß aus der diagnostizierten Krankheit hervorgehen, kann selten exakt zugeordnet werden: Sind es der körperliche Schmerz und auch noch die daraus resultierende Einschränkung der sozialen Teilhabe? Und wie können Ärzt*innen die daraus entstehenden existenziellen Leiden wie die Sinnfrage im Leben Betroffener einordnen? Eine Klärung des Begriffs ist aber dringend notwendig, wenn dieser als Kriterium für ärztliches Handeln eingesetzt wird (vgl. Bozzaro 2015).

Theoretische Konzepte zum Leid betonen, dass die Bemessung des Leidens und die Entscheidung darüber, ob dieses unerträglich ist, nur durch die betroffene Person selbst vorgenommen werden kann und von individuellen Persönlichkeitsmerkmalen und Wertvorstellungen abhängig sein mag (vgl. Cassell 1999). Das Erleben von Leid ist also stark subjektiv und kann nicht objektiv zwischen verschiedenen Individuen verglichen werden. Im Kontext von psychiatrischen Erkrankungen beginnt das Leid oft im frühen Lebensalter (vgl. Rubio et al. 2013), insbesondere, wenn psychiatrische Komorbiditäten vorliegen oder traumatische Erfahrungen in der Kindheit den Ausgangspunkt für das Leiden darstellen (vgl. Beal et al. 2019). Zudem neigen Patient*innen mit einer psychischen Erkrankung oder mit einer zusätzlichen somatischen Erkrankung dazu, ihr Leiden als permanenten Zustand zu beschreiben (vgl. Dees et al. 2011). Ein ausführliches Argumentarium für die Zulassung von psychisch Erkrankten zur Suizidhilfe aus den USA legt dar, dass die von psychischen und somatischen Erkrankungen hervorgerufenen Leiden als gleichwertig angesehen werden sollten (vgl. Kiouss/Battin 2019). Ein daran anknüpfen-

des Opinion Paper von Schneeberger et al. aus der Schweiz merkt an, man solle sich nicht darauf beschränken, Leid zu klassifizieren und zu quantifizieren, sondern die Komplexität der lebensweltlichen Beweggründe nachvollziehen, die psychisch Erkrankte zu einem Sterbewunsch bewegen können (vgl. Schneeberger et al. 2020; vgl. Trachsel/Jox, 2022). Einen Einblick in diese Komplexität liefert eine qualitative Studie aus den Niederlanden, die anhand von Zeugnissen psychisch Erkrankter, die ein Euthanasiegesuch gestellt haben, die Faktoren untersucht, die zu ihrem als unerträglich empfundenen Leiden beigetragen haben: Leid aus medizinischen Gründen, Leid aus intrapersonellen Gründen (u. a. traumatische Erfahrungen in der Biographie), Leid aus interpersonellen Gründen (u. a. Fehlen oder Verlust von sozialer Unterstützung) und existenzielles Leid (u. a. Angst vor einem Leben ohne Perspektive auf Besserung) (vgl. Verhofstadt et al. 2017).

Weiterhin bezeugen die Daten aus den Niederlanden den bemerkenswerten Umstand, dass zwar die meisten der 3950 Patient*innen, die 2014/2015 ein Euthanasiegesuch gestellt haben, somatisch terminal erkrankt waren, jedoch knapp 40 Prozent von ihnen unerträgliches psychologisches Leid als Grund für das Gesuch angaben (vgl. Verhofstadt et al. 2017). Das zeigt die Schwierigkeit, eine trennscharfe Unterscheidung zwischen den Beweggründen für Sterbewünsche bei somatisch und psychisch Erkrankten vorzunehmen, da das psychologische Leid in beiden Fällen von zentraler Bedeutung ist.

Urteilsfähigkeit

Das Vorhandensein von Urteilsfähigkeit grenzt die Selbstbestimmung von der Fremdbestimmung ab (vgl. SAMW 2019: 5) – sowohl was medizinische Behandlungsentscheidungen betrifft, aber auch zum Beispiel finanzielle Transaktionen. Die Urteilsfähigkeit ist weniger ein medizinischer als ein juristischer Begriff, und die Kriterien zu ihrer Überprüfung variieren in den unterschiedlichen Rechtssystemen. Ein einflussreiches Modell, an dem sich die meisten Versionen orientieren, sind die vier Kernkriterien für Urteilsfähigkeit nach Grisso und Applebaum. Gemäß diesen Kriterien ist eine urteilsfähige Person fähig, eine Entscheidung zu treffen, Informationen zu verstehen, die für die Entscheidungsfindung bei der Behandlung relevant sind, die Bedeutung dieser Informationen für die eigene Situation einzuschätzen, insbesondere in Bezug auf die eigene Krankheit und die wahrscheinlichen Folgen der eigenen Behandlungsoptionen, und mit den relevanten Informationen zu argumentieren, um einen logischen Prozess der Abwägung von Behandlungsoptionen einzuleiten (vgl. Grisso/Applebaum 1998).

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit eines Menschen mit Sterbewunsch ist von zentraler Bedeutung, denn die Urteilsfähigkeit fungiert als eine Art »Gatekeeper« für die Zulassung zum assistierten Suizid (vgl. Trachsel/Jox 2022). Dies spiegelt sich in den Richtlinien der SAMW wider, die fordern, dass eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen worden ist (vgl. SAMW 2022). An dieser Stelle ist die Umkehrformulierung sehr bedeutsam, denn den Ausgangspunkt einer Untersuchung sollte die Annahme bilden, dass jedes Individuum fähig ist, Entscheidungen über die eigene Behandlung zu treffen; jeder Zweifel an dieser Fähigkeit erfordert eine gründliche Untersuchung und Erklärung. Psychische Erkrankungen sind ein Risikofaktor für eine fehlende oder reduzierte Urteilsfähigkeit und es ist herausfordernd, einzuordnen, inwiefern ein Sterbewunsch inhärent in

der psychischen Erkrankung begründet ist und konsekutiv gegebenenfalls fehlende Urteilsfähigkeit bezüglich dieses Sterbewunsches besteht. Auf der einen Seite ist es wichtig, die individuelle Autonomie zu wahren, auf der anderen Seite ist es ebenso wichtig, Personen mit einer eingeschränkten Selbstbestimmungsfähigkeit zu beschützen. So fordern auch die Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung der Sterbehilfeorganisation EXIT bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung zwei Fachgutachten, welche die Urteilsfähigkeit attestieren (vgl. EXIT o.J.).

Diese Vorsicht bestätigend, hat eine Metaanalyse zur Urteilsfähigkeit bei depressiven Störungen unterschiedlichen Schweregrades von Hindmarch et al. gezeigt, dass 20 bis 30 Prozent der Patient*innen ein fehlendes Urteilsvermögen bezüglich Behandlungsentscheidungen aufweisen (vgl. Hindmarch et al. 2013). Während die reine Informationserfassung bei Menschen mit einer depressiven Erkrankung häufig intakt ist, scheint die Fähigkeit, die Bedeutung der Behandlungsentscheidung für die eigene Situation und den weiteren Lebensweg zu erfassen, beeinträchtigt. Mögliche Erklärungen hierfür könnten eine im Rahmen der depressiven Episode eingeeengte negative Sicht auf die eigene Zukunftsperspektive sein und die möglicherweise reduzierte Selbstfürsorge, sowohl bezogen auf alltägliche Verrichtungen, aber auch im psychischen Sinne, bezogen auf den Wunsch für ein Wohlergehen der eigenen Person. Dies unterstreicht, dass emotionale Veränderungen einen großen Einfluss auf die Urteilsfähigkeit haben können. Psychische Erkrankungen können also in eine verminderte Urteilsfähigkeit münden, sind aber nicht zwingend von solchen Einschränkungen begleitet. Vielmehr weisen sie diesbezüglich eine große Varianz auf und das Vorliegen von Urteilsunfähigkeit ist abhängig vom spezifischen klinischen Zustandsbild, dem Zeitpunkt der Untersuchung und der jeweiligen Fragestellung (vgl. Owen et al. 2008). In Übereinstimmung damit zeigt eine Metaanalyse aus dem Jahr 2020, dass diagnoseübergreifend bis zu 75 Prozent der psychisch Erkrankten eine erhaltene Urteilsfähigkeit bezüglich Entscheidungen zu ihrer medizinischen Behandlung haben (vgl. Calcedo-Barba et al. 2020).

Die Kriterien legen nahe, dass Urteilsfähigkeit ein Merkmal der betroffenen Person ist und objektiv bemessen werden kann. Tatsächlich gibt es Kontroversen beziehungsweise Unklarheiten bezüglich des Grundverständnisses von Urteilsvermögen und inwiefern nicht doch die moralische Beurteilung durch Untersuchende eine Rolle spielt. In ihrer Arbeit *Einwilligungsfähigkeit – inhärente Fähigkeit oder moralisches Urteil?* argumentieren Helena Hermann et al.:

»Bei der Beurteilung von Einwilligungsfähigkeit geht es folglich um eine Zuschreibung von Entscheidungshoheit und somit um die Frage, ob eine Bevormundung unter Berücksichtigung der inneren Merkmale des Patienten und der äusseren Umstände moralisch richtig oder falsch ist. Bloß anzunehmen es gehe um, die Bestimmung der Fähigkeit des Patienten, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, greift zu kurz, weil diese Annahme der moralischen Dimension von Einwilligungsfähigkeit nicht angemessen Rechnung trägt.« (Hermann et al. 2016: 11)

Eine Schweizer Studie zur ärztlichen Einstellung gegenüber der Frage der Selbstbestimmung zeigte, dass ein großer Anteil der Ärzt*innen annimmt, dass ihre eigenen Werte eine untergeordnete Rolle bei der Untersuchung der Selbstbestimmung von Patient*in-

nen spielen sollten, also ihre eigenen moralischen und ethischen Überzeugungen im Hinblick auf die Entscheidungsoptionen der untersuchten Person nicht ihre Bewertung der Urteilsfähigkeit beeinflussen sollte. Dies deutet auf ein hohes Bewusstsein unter Ärzt*innen für ihre eigene Voreingenommenheit hin. In der spezifischen Frage des assistierten Suizids jedoch gab ein Prozentsatz von 16,6 an, dass die Ärzt*innen selbst überzeugt sein müssten, dass der assistierte Suizid die richtige Entscheidung ist, bevor sie in diesem Kontext die Urteilsfähigkeit attestieren könnten (vgl. Hermann et al. 2015). In der Frage des assistierten Suizids – also zugespitzt der Frage nach Leben oder Tod – scheint für die Fachperson eine andere oder höhere Schwelle für die Urteilsfähigkeit zu liegen. Dieser Befund weist auf die Schwierigkeit der risikorelativen Bewertung der Urteilsfähigkeit hin und legt nahe, dass Fachpersonen je weitreichender die Konsequenzen einer Entscheidung sind, desto eher ihre moralischen Überzeugungen einfließen lassen.

Fehlende therapeutische Optionen

Die Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod der SAMW fordern, dass die verfügbaren therapeutischen Optionen keine Wirkung gezeigt haben oder von urteilsfähigen Patient*innen abgelehnt worden sind. Doch wann genau sind die zumutbaren therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft? In der Psychiatrie erfolgt die Behandlung von Erkrankungen ebenso wie in anderen medizinischen Disziplinen evidenzbasiert. Sie orientiert sich an Behandlungsleitlinien für die verschiedenen Erkrankungsbilder, welche in Expert*innenrunden auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellt wurden und in regelmäßigen Abständen überarbeitet werden. Auch für sogenannte therapieresistente Depression (vgl. Härter et al. 2017) und Schizophrenie (vgl. Gaebel et al. 2019) existieren solche Behandlungsleitfäden.

Dennoch sind Behandlungserfolge im psychiatrischen Kontext oft nicht so klar messbar wie in anderen Bereichen der Medizin. Darüber hinaus gibt es chronische Erkrankungsverläufe, die von den Behandlungsempfehlungen nicht abgedeckt werden und individuelle Konzepte erforderlich machen. Gerade in diesen Fällen gehen die Meinungen über das weitere Vorgehen und darüber, ob, und wenn ja, welche Behandlungsmöglichkeiten noch existieren, auch unter Expert*innen auseinander (vgl. Gaid 2020). Hinzu kommt, dass die Psychiatrie ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten bietet (medikamentös, psychotherapeutisch, arbeitstherapeutisch etc.) und dass die Möglichkeit einer Spontanremission auch nach langem Krankheitsverlauf weiterhin eine Rolle spielt (vgl. Vriends et al. 2014). Eine Einschätzung der verbliebenen Möglichkeiten und der Prognose ist somit häufig nur schwierig zu treffen.

Trachsel und Jox (Trachsel/Jox 2022) sprechen im Kontext von schweren persistierenden psychischen Erkrankungen vom Kriterium der »refractoriness of suffering«. Sie stellen die vier von Lopez et al. vorgeschlagenen Kriterien für »medical futility« (medizinische Nutzlosigkeit) im Kontext von psychischen Erkrankungen vor – (1) schlechte Prognose, (2) Nichtansprechen trotz adäquater Therapie, (3) kontinuierliche physiologische und psychologische Verschlechterung und (4) scheinbar unaufhaltsam terminaler Verlauf (vgl. Lopez et al. 2010) – und werten sie als Möglichkeit zur Orientierung. Für den

letzten Punkt, den terminalen Verlauf, der im psychiatrischen Kontext oft nicht im eigentlichen Sinne gegeben ist, schlagen sie eine Umdeutung nach Levitt und Buchman vor: Der terminale Verlauf für psychiatrische Erkrankungen »kann verstanden werden als Zustand, der auch durch wiederholte Interventionen keine bedeutende Veränderung der Symptomlast erfahren hat, sodass Patient*innen ihre Lebensqualität als nicht akzeptabel empfinden« (Levitt/Buchman 2021: 3).

Stigmatisierung

Menschen mit psychischen Erkrankungen erfahren häufig Stigmatisierung (vgl. Kaushik et al. 2016). Auch in der Schweiz sind sie infolge von Stigmatisierung häufig von der sozialen Teilhabe ausgeschlossen (vgl. Richter/Hoffmann 2019). Zentrale Stereotypen, die psychisch Erkrankten zugeordnet werden, sind: sie seien unberechenbar, gefährlich, selber verantwortlich für die Erkrankung, inkompetent, schwache Charaktere und abhängig von anderen (vgl. Ribeiro et al. 2018; vgl. Taylor/Dear 1981). Diese Zuschreibungen führen zu Reaktionen wie Ängstlichkeit und dem Wunsch nach sozialer Distanz von den Betroffenen (vgl. Kaushik et al. 2016).

Das Ausmaß der Stigmatisierung variiert und ist abhängig von Diagnose und Schwere der Symptome (vgl. Schomerus et al. 2011; vgl. Sowislo et al. 2017). Dieses Phänomen wurde anhand verschiedener Symptomkonstellationen, die dann spezifischen psychiatrischen Diagnosen zugeordnet wurden, untersucht. So scheint die strukturelle Stigmatisierung, das heißt die Diskriminierung psychisch Erkrankter durch öffentliche und private Einrichtungen, gegenüber Personen mit Alkoholabhängigkeit besonders ausgeprägt zu sein. Als besonders gefährlich werden Menschen mit Schizophrenie wahrgenommen.

Stigmatisierung hat zahlreiche negative Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche der Betroffenen (vgl. Lasalvia et al. 2014). Die Erfahrung, stigmatisiert zu werden, steigert das Angst- und Stresserleben, vermindert das Selbstwertgefühl, die Lebensqualität und die allgemeine soziale Teilhabe. So haben es Betroffene schwerer, enge Beziehungen zu anderen zu knüpfen und erleben Diskriminierung am Arbeitsplatz (vgl. Brouwers et al. 2016). Stigmatisierung führt sehr häufig auch zur Selbststigmatisierung der betroffenen Person, einem Prozess, bei dem die vorherige soziale Identität der Person allmählich durch die abwertenden und stigmatisierenden Zuschreibungen ersetzt wird und es zu einer Identifizierung mit dem »Kranksein« kommt (vgl. Dubreucq et al. 2021). Stimmig wird Stigmatisierung auch als »second disease« bezeichnet, denn die Angst der Betroffenen vor den Folgen der Stigmatisierung, also der sozialen Zurückweisung, kann ebenso schwerwiegend sein wie die Folgen der Erkrankung selbst (vgl. Finzen 2001).

Eine Umfrage von Steiger et al. unter der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahr 2022 konnte anhand von Fallvignetten, die Personen mit einer psychischen Erkrankung beschreiben, zeigen, dass Befragte, die ein höheres Ausmaß von Stigmatisierung gegenüber psychisch Erkrankten aufweisen, eher Zwangsmaßnahmen gegenüber den Betroffenen befürworten (vgl. Steiger et al. 2022). In diesem Zusammenhang erscheint es wahrscheinlich, dass in der Debatte um assistierten Suizid bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen für die

verschiedenen Akteur*innen eine Rolle spielt. Stigmatisierende Attribuierungen, wie zum Beispiel, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung unberechenbar seien, können ganz generellen Zweifel an deren Eigenbericht aufkommen lassen. Fachpersonen aus der Psychiatrie können konkret bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit durch Vorurteile beeinflusst sein, aber auch allgemeiner, in der Art, wie sie auf Sterbewünsche von Patient*innen reagieren, diese zum Beispiel gar nicht ernst nehmen. In der öffentlichen und politischen Debatte (assistierter Suizid ist in der Schweiz ein fest integrierter gesellschaftlicher Prozess) können politische Entscheidungsträger*innen und die allgemeine Bevölkerung durch fehlende oder unzureichende Kenntnisse der Erkrankungen und deren Verläufe und wenig Kontakt mit Personen mit psychischer Erkrankung im privaten Umfeld von diesen stigmatisierenden Attribuierungen gelehrt sein und den assistierten Suizid für Menschen mit psychischer Erkrankung ablehnen. Es ist herausfordernd, Stigmatisierungen zu begegnen, und an dieser Stelle kann nur beispielhaft auf mögliche Maßnahmen eingegangen werden. Public-Health-Kampagnen könnten forciert öffentliche Aufklärung über psychische Erkrankungen betreiben. Auf gesundheitspolitischer Ebene kann der Zugang zur psychiatrischen Behandlung niederschwelliger gestaltet werden. Fachpersonen selber können viel zu Anti-Stigmatisierung beitragen: Unter anderem können sie informieren, sowohl ihre Patient*innen als auch andere Personen und Angehörige und letztere so weit wie möglich partizipativ an der Behandlung teilhaben lassen, oder sie können ihr Patient*innen bei der Offenlegung ihrer Erkrankung aktiv unterstützen und vermittelnd am Arbeitsplatz wirken.

Zusammenfassung

Assistierter Suizid für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine medizinische Extremsituation, die auf verschiedenen Ebenen Herausforderungen birgt. Im Zentrum steht das medizinethische Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor der Autonomie der Patient*innen und dem Schutz derjenigen, deren Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist. Um hier mehr Sicherheit für die Akteur*innen zu erzeugen, sind Bemühungen notwendig, Zugangskriterien zu assistiertem Suizid klarer zu definieren. Durch eine klarere Definition könnten die Kriterien für Fachpersonen eine sicherere Leitplanke für das Vorgehen bei Sterbewünschen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sein. Damit würde auch für die Betroffenen selbst das Prozedere verständlicher und nachvollziehbarer. Eine Präzisierung dieser Kriterien kann jedoch nur eine Annäherung an einen Konsens der verschiedenen Akteur*innen darstellen und nicht anhand objektiver Maßstäbe definiert werden. Denn Sterbewünsche sind, wie beschrieben, subjektiv, zeugen häufig von großem Leid bei den Betroffenen und berühren Fragen nach persönlichem Sinn. Auch in einer gründlichen Auseinandersetzung mit einem Sterbewunsch, in der es ein Bemühen um Verstehen und Nachvollziehen gegeben hat und dies in die Beurteilung einfließt, bleiben wahrscheinlich subjektive Eindrücke und Unausgesprochenes zurück.

Gerade in der Schweiz, wo assistierter Suizid bereits jahrzehntelang praktiziert wird und das Recht auf selbstbestimmtes Sterben eine feste Größe im Selbstverständnis der Bevölkerung ist, wäre es diskriminierend, die Gruppe der Menschen mit einer psychi-

schen Erkrankung per se auszuschließen. Für einen weiteren Schritt Richtung Konsensfindung bezüglich des assistierten Suizids für Menschen mit psychischen Erkrankungen fehlen aber bisher detailliertere Kenntnisse zur Einstellung der Bevölkerung und der Ärzteschaft zu diesem Thema. Um eine solche Datenbasis zu schaffen, sind weitere Forschungsvorhaben erforderlich.

Literatur

- Bartsch, C./Landolt, K./Ajdacic-Gross, V./Ristic, A./Reisch, T.: »Assistierte Suizide in der Schweiz: Auswertung der in den Schweizer Instituten für Rechtsmedizin dokumentierten Todesfälle«, in: *Deutsches Arzteblatt International* 116(33-34) (2019), S. 545–552, <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>.
- Beal, S. J./Wingrove, T./Mara, C. A./Lutz, N./Noll, J. G./Greiner, M. V.: »Childhood Adversity and Associated Psychosocial Function in Adolescents with Complex Trauma«, in: *Child & Youth Care Forum* 48(3) (2019), S. 305–322, <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9479-5>.
- Bersier, D.: »Bei Exit ändert sich nichts«, in: *EXIT Info* 4 (2022), S. 6–7.
- Borasio, G. D./Jox, R. J./Gamondi, C.: »Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths«, in: *The Lancet* 393(10175) (2019), S. 982–983, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32554-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32554-6).
- Bozzaro, C.: »Ärztlich assistierter Suizid: Kann unerträgliches Leiden ein Kriterium sein?«, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140(2) (2015), S. 131–134, <https://doi.org/10.1055/s-0041-100030>.
- Braun, E./Gather, J./Scholten, M./Vollmann, J.: »An Autonomy-Based Approach to Justifying Physician-Assisted Death: A Recent Judgment of the German Federal Constitutional Court«, in: *American Journal of Bioethics* 22(2) (2022), S. 71–73, <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.2013979>.
- Brouwers, E. P. M./Mathijssen, J./Van Bortel, T./Knifton, L./Wahlbeck, K./Van Audenhove, C./Kadri, N./Chang, C./Goud, B. R./Ballester, D./Tófoli, L. F./Bello, R./Jorge-Monteiro, M. F./Zäske, H./Milacic, I./Uçok, A./Bonetto, C./Lasalvia, A./Thornicroft, G./Laguado, A.: »Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional study in 35 countries«, in: *BMJ Open* 6(2) (2016), S. 1–8, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009961>.
- Bundesamt für Statistik: Spezifische Todesursachen (2022), <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html>.
- Calcedo-Barba, A./Fructuoso, A./Martinez-Raga, J./Paz, S./Sánchez De Carmona, M./Vicens, E.: »A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare«, in: *BMC Psychiatry* 20(1) (2020), S. 1–14, <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>.
- Callahan, D.: »Remembering the goals of medicine«, in: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 5(2) (1999), S. 103–106, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.1999.00201.x>.
- Cassell, E. J.: »Diagnosing suffering: A perspective«, in: *Annals of Internal Medicine* 131(7) (1999), S. 531–534, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00009>.

- Dees, M. K./Vernooij-Dassen, M. J./Dekkers, W. J./Visser, K. C./van Weel, C.: »Unbearable suffering: A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying«, in: *Journal of Medical Ethics* 37(12) (2011), S. 727–734, <https://doi.org/10.1136/jme.2011.045492>.
- Dierickx, S./Onwuteaka-Philipsen, B./Penders, Y./Cohen, J./van der Heide, A./Puhan, M. A./Ziegler, S./Bosshard, G./Deliens, L./Chambaere, K.: »Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison«, in: *International Journal of Public Health* 65(1) (2020), S. 65–73, <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>.
- Dubreucq, J./Plasse, J./Franck, N.: »Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences«, in: *Schizophrenia Bulletin* 47(5) (2021), S. 1261–1287, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>.
- Evenblij, K./Pasma, H. R. W./Pronk, R./Onwuteaka-Philipsen, B. D.: »Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: A cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists«, in: *BMC Psychiatry* 19(1) (2019), S. 1–10, <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2053-3>.
- EXIT: Voraussetzungen einer Freitodbegleitung mit EXIT, <https://www.exit.ch/freitodbegleitung/voraussetzungen-einer-freitodbegleitung/>, abgerufen am 23. März 2023.
- Finzen, A.: *Psychose und Stigma: Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung*, Köln: Psychiatrie-Verlag 2001.
- FMH: Stellungnahme zu Richtlinien Umgang mit Sterben und Tod vom 15. Februar 2018, https://www.fmh.ch/files/pdf20/Stellungnahme_der_FMH_Richtlinien_Umgang_mit_Sterben_und_Tod.pdf.
- Gaebel, W./Hasan, A./Falkai, P.: S3-Leitlinie-Schizophrenie vom März 2019, https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf.
- Gaind, K. S.: »What Does 'Irremediability' in Mental Illness Mean?«, in: *Canadian Journal of Psychiatry* 65(9) (2020), S. 604–606, <https://doi.org/10.1177/0706743720928656>.
- Grassi, L./Travado, L./Gil, F./Sabato, S./Rossi, E./Tomamichel, M./Marmai, L./Biancosino, B./Nanni, M. G.: »Hopelessness and Related Variables Among Cancer Patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS)«, in: *Psychosomatics*, 51(3) (2010), S. 201–207, [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(10\)70686-1](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(10)70686-1).
- Grisso, T./Appelbaum, P.: *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*, Oxford: Oxford University Press 1998.
- Härter, M./Jansen, A./Kriston, L./Leucht, S./Berger, M.: S3-Leitlinie-Unipolare Depression. Kurzfassung, 2. Auflage 2017, <file:///C:/Users/koel10/Downloads/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf>.
- Hehli, S./Hardegger, A.: »Suizidhilfe für alle Erwachsenen? Wie ein ethisches Dilemma die Fachwelt spaltet«, in: *Neue Zürcher Zeitung* vom 23. April 2019, <https://www.nzz.ch/schweiz/suizidhilfe-fuer-alle-erwachsenen-fachwelt-in-ethischem-dilemma-ld.1476371?reduced=true>.
- Hermann, H./Trachsel, M./Biller-Andorno, N.: »Physicians' personal values in determining medical decision-making capacity: A survey study«, in: *Journal of Medical Ethics* 41(9) (2015), S. 739–744, <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102263>.

- Hermann, H./Trachsel, M./Biller-Andorno, N.: »Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil?«, in: *Ethik in der Medizin* 28(2) (2016), S. 107–120, <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0360-x>.
- Hindmarch, T./Hotopf, M./Owen, G. S.: »Depression and decision-making capacity for treatment or research: A systematic review«, in: *BMC Medical Ethics* 14(1) (2013), <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-54>.
- Page, K.: »The four principles: can they be measured and do they predict ethical decision making?«, in: *BMC Medical Ethics* 13 (10) (2012), <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-13-10>.
- Kaushik, A./Kostaki, E./Kyriakopoulos, M.: »The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review«, in: *Psychiatry Research* 243 (2016), S. 469–494, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>.
- Kious, B. M./Battin, M.: »Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry: A Moral Crisis?«, in: *American Journal of Bioethics* 19(10) (2019), S. 29–39, <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1653397>.
- Lasalvia, A./Zoppei, S./Bonetto, C./Tosato, S./Zanatta, G./Cristofalo, D./De Santi, K./Bertani, M./Bissoli, S./Lazzarotto, L./Ceccato, E./Riolo, R./Marangon, V./Cremonese, C./Boggian, I./Tansella, M./Ruggeri, M.: »The role of experienced and anticipated discrimination in the lives of people with first-episode psychosis«, in: *Psychiatric Services* 65(8) (2014), S. 1034–1040, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20130291>.
- Levitt, S./Buchman, D. Z.: »Applying futility in psychiatry: A concept whose time has come«, in: *Journal of Medical Ethics* 47(12) (2021), <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106654>.
- Lewitzka, U.: »Suicide prevention in the context of assisted suicide«, in: *Der Nervenarzt* 93(11) (2022), S. 1112–1124, <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01382-3>.
- Lopez, A./Yager, J./Feinstein, R. E.: »Medical futility and psychiatry: Palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa«, in: *International Journal of Eating Disorders* 43(4) (2010), S. 372–377, <https://doi.org/10.1002/eat.20701>.
- Owen, G. S./Richardson, G./David, A. S./Szmukler, G./Hayward, P./Hotopf, M.: »Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: Cross sectional study«, in: *BMJ* 337 (2008), <https://doi.org/10.1136/bmj.39580.546597.BE>.
- Ribeiro, J. D./Huang, X./Fox, K. R./Franklin, J. C.: »Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies«, in: *British Journal of Psychiatry* 212(5) (2018), S. 279–286, <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>.
- Richter, D./Hoffmann, H.: »Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey«, in: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28(4) (2019), S. 427–435, <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>.
- Rubio, J. M./Olson, M./Villegas, L./Pérez-Fuentes, G./Wang, S./Blanco, C.: »Quality of life following remission of mental disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions«, in: *The Journal of Clinical Psychiatry* 74(5) (2013), e445–e450, <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08269>.

- SAMW: Umgang mit Sterben und Tod. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW von 2004, https://www.samw.ch/dam/jcr:2a0611a3-fbdf-4ecc-bc13-7411e3558898/richtlinien_samw_betreuung_patientinnen_am_lebensende_2004.pdf.
- SAMW: Umgang mit Sterben und Tod. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW von 2018, https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf.
- SAMW: Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW vom Januar 2019, https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_urteilsfaehigkeit-2.pdf.
- SAMW: Umgang mit Sterben und Tod. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW vom Mai 2022, https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf.
- Schneeberger, A. R./Hoff, P./Seifritz, E./Lang, U. E./Graf, M./Franke, I./Huber, C. G.: »Deciding to End One's Life Because of a Psychiatric Illness – A Decision Without Second Thoughts?«, in: *Frontiers in Psychiatry* 11 (2020), <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00058>.
- Schomerus, G./Lucht, M./Holzinger, A./Matschinger, H./Carta, M. G./Angermeyer, M. C.: »The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies«, in: *Alcohol and Alcoholism* 46(2) (2011), S. 105–112, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>.
- Sowislo, J. F./Gonet-Wirz, F./Borgwardt, S./Lang, U. E./Huber, C. G.: »Perceived Dangerousness as Related to Psychiatric Symptoms and Psychiatric Service Use – a Vignette Based Representative Population Survey«, in: *Scientific Reports* 7 (2017), S. 1–7, <https://doi.org/10.1038/srep45716>.
- Steiger, S./Moeller, J./Sowislo, J. F./Lieb, R./Lang, U. E./Huber, C. G.: »Approval of Coercion in Psychiatry in Public Perception and the Role of Stigmatization«, in: *Frontiers in Psychiatry* 12 (2021), S. 1–10, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.819573>.
- Swissinfo.ch.: Suizide nehmen ab – assistierte Suizide hingegen stark zu. Swissinfo.Ch. vom 14. Dezember 2020, <https://www.swissinfo.ch/ger/alle-news-in-kuerze/suizide-nehmen-ab--assistierte-suizide-hingegen-stark-zu/46222622>.
- Taylor, S. M./Dear, M. J.: »Scaling community attitudes toward the mentally ill«, in: *Schizophrenia Bulletin* 7(2) (1981), S. 225–240, <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>.
- Trachsel, M./Jox, R. J.: »Suffering is not enough: Assisted dying for people with mental illness«, in: *Bioethics* 36(5) (2022), S. 519–524, <https://doi.org/10.1111/bioe.13002>.
- Verhofstadt, M./Chambaere, K./Leontjevas, R./Peters, G.-J. Y.: »Towards an assessment instrument for suffering in patients with psychiatric conditions: assessing cognitive validity«, in: *British Journal of Psychiatry Open* 5(3) (2019), S. 1–9, <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.25>.
- Verhofstadt, M./Thienpont, L./Peters, G. J. Y.: »When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study«, in: *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 211(4) (2017), S. 238–245, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>.

Vriends, N./Bolt, O. C./Kunz, S. M.: »Social anxiety disorder, a lifelong disorder? A review of the spontaneous remission and its predictors«, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 130(2) (2014), S. 109–122, <https://doi.org/10.1111/acps.12249>.

Wolfersdorf, M./Hegerl, U.: »Suizid und Suizidprävention«, in: U. Voderholzer/F. Høhagen (Hg.): *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art*, 13. Auflage, o.O.: Elsevier 2018, S. 487–490.

Wann ist es Zeit zu gehen? Suizidwünsche im Kontext einer demenziellen Erkrankung

Daniel Lucas

Die rechtliche Regelung des assistierten Suizids in den DACH-Staaten (Deutschland, Österreich, Schweiz) ist in den letzten Jahren vorangeschritten. Während in der Schweiz, welche auf eine längere Kultur des institutionalisierten assistierten Suizids zurückblickt, kaum rechtliche Regelungen vorhanden sind, hat Österreich 2022 ein umfangreiches Sterbehilfegesetz erhalten. In Deutschland, wo das Bundesverfassungsgericht die Regelung im Strafrecht für verfassungswidrig befand, ist ein neuer Gesetzentwurf in parlamentarischer Beratung – allerdings zeichnen sich aktuell keine Mehrheiten für einen bestimmten Entwurf ab.¹

Eine Betrachtung von Kriterien zur Sterbehilfe² weltweit zeigt, dass es vier gängige Kriterien gibt, die einer Erlaubnis zum Leisten von Sterbehilfe zugrunde liegen: (1) die Dauerhaftigkeit und Unmöglichkeit der Heilung der zugrundeliegenden Krankheit, (2) die Dauerhaftigkeit des Entschlusses und eine fortgesetzte Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe, (3) die Abklärung von (2) durch andere Institutionen, zumeist weitere ärztliche Gutachten und (4) die Einhaltung von festgelegten Kriterien für eine formale und sorgfältige Sterbebegleitung, etwa Dokumentationspflichten (vgl. Mroz/Dierickx/Deliens/Cohen/Chambaere 2021).

Für das Problem, welchem sich dieser Beitrag widmet, ist insbesondere das zweite Kriterium eine Herausforderung. Da demenzielle und vergleichbare neurodegenerative Erkrankungen dauerhaft und zum jetzigen Zeitpunkt unheilbar sind, sind die Betroffenen ab einem bestimmten Stadium der Erkrankung nicht mehr in der Lage, solche Entschlüsse zu treffen, welche den Kriterien der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit zu

1 Siehe dazu den Beitrag von Sabrina Risse-Steller in diesem Band.

2 Wenn im Folgenden von »Sterbehilfe« gesprochen wird, sind alle Handlungen gemeint, die Menschen dabei unterstützen, zu sterben. Dies reicht von der Beschaffung von Medikamenten bis zur Tötung auf Verlangen. Dies ist unter anderem auch darin begründet, dass die Rechtslage in den verschiedenen Staaten sehr unterschiedlich ist. Die Benelux-Staaten etwa erlauben auch eine Form der aktiven Sterbehilfe, das heißt Tötung auf Verlangen, während die DACH-Staaten lediglich (und oftmals zudem eingeschränkt) eine Beihilfe zum Suizid zulassen. Wenn lediglich der assistierte Suizid betrachtet werden soll, wird dieser Begriff verwendet.

genügen vermögen, die etwa das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zugrunde legt.³ Menschen mit einer demenziellen Erkrankung bestimmter Schwere wären daher von einem Zugang zu jeglicher Form der Sterbehilfe ausgeschlossen, wenn sie zum Zeitpunkt der Anwendung diese Kriterien erfüllen müssten. Wie sind also Sterbewünsche von Menschen mit Demenz zu bewerten, und zu welchem Zeitpunkt ist ihnen nachzukommen? Dieser Beitrag wird diese Frage schlussendlich nicht beantworten, aber vielleicht einige Hinweise dazu geben können, wie mit dem Suizidwunsch demenziell Erkrankter im Laufe ihrer Erkrankung umgegangen werden sollte.

Now, go to your bedroom: Ein Beispiel aus der Belletristik

Ein literarisches Beispiel, welches – nicht zuletzt aufgrund der Verfilmung mit Juliane Moore in der Hauptrolle – viel öffentliche Aufmerksamkeit erfuhr, ist der Roman der Neurowissenschaftlerin Lisa Genova *Still Alice*. In dem Buch erkrankt die 50-jährige Psychologieprofessorin Alice Howland an einer frühen Form von Demenz. Die hier zentrale Szene befindet sich gegen Ende des Buches. Alice findet, rein zufällig, auf ihrem Notebook einen Ordner mit dem Titel »Butterfly«, in welchem sich ein Brief befindet, den sie vor einiger Zeit an ihr späteres Selbst adressiert hatte. Gegen Ende des Briefes schreibt sie:

»You wrote this letter to yourself when you were of sound mind. [...] You can no longer trust your own judgment, but you can trust mine, your former self. You before Alzheimer's took too much of you away. [...] I love you and I'm proud of you, of how you've lived and all that you've done while you could. Now, go to your bedroom. Go to the black table next to the bed, the one with the blue lamp on it. Open the drawer to that table. In the back of the drawer is a bottle of pills. The bottle has a white label on it that says FOR ALICE in black letters. There are a lot of pills in that bottle. Swallow all of them with a big glass of water. Make sure you swallow all of them. Then, get in the bed and go to sleep. Go now, before you forget. And do not tell anyone what you're doing. Please trust me.« (Genova 2019: 271f.)

Eine zentrale Annahme dieses Briefes ist, dass Alice sowohl ihre eigene Autorinnenschaft anerkennt als auch, dass sie zu dem Zeitpunkt, als sie den Brief schrieb, besser über ihr späteres Leben urteilen konnte, als sie es jetzt kann, wenn sie ihn liest. Weiterhin setzt sie zum früheren Zeitpunkt voraus, dass ihre Entscheidungsfähigkeit zum späteren Zeitpunkt nicht mehr als solche wahrgenommen wird. Ihr späteres Ich soll allein handeln, nicht um Hilfe bitten. Unbemerkt soll sie die Tabletten suchen und einnehmen. Sie tritt also quasi als ihre eigene Suizidhelferin auf.⁴

Der Suizidversuch scheitert schlussendlich an Alices kognitiver Überforderung, die Handlung auszuführen. Wenn es ihr jedoch gelungen wäre, ließe sich dies als Dauerhaftigkeit des Entschlusses interpretieren? Und wie drückte sich diese Dauerhaftigkeit

3 BVerfG, Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn 240 und 242f.

4 Die Formulierung geht auf Christoph Rehmann-Sutter zurück.

beziehungsweise innere Festigkeit aus? Dadurch, dass Alice, die zukünftige Situation antizipierend, optimale Vorkehrungen getroffen hat? Oder etwa dadurch, dass sie, durch sich selbst auf ihr früheres Vorhaben gestoßen, sich dieses erneut zu eigen macht? Genova lässt in ihrer Darstellung viel Raum für Interpretationen: Handelt Alice nur impulsiv, indem sie der Aufforderung folgt, oder erkennt sie ihre früheren Entscheidungen als Imperativ für ihr jetziges Handeln an? Und selbst wenn Letzteres der Fall ist: Macht sie sich damit ihren eigenen, früheren Suizidwunsch nun zu eigen?

Im Folgenden sollen dafür drei verschiedene Aspekte behandelt werden: Zuerst gehe ich kurz auf die Genese von Suizidwünschen bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen ein. Es folgt eine Kritik von Selbstbindungen, also solchen Verfügungen, in denen Menschen anordnen, spätere Wünsche zu ignorieren, sowohl in Bezug auf das oben genannte Beispiel wie auch auf die Praxis von Patient*innenverfügungen. Abschließend wird das Problem von Sterbeverfügungen im Demenzfall an einem prominenten Beispiel skizziert.

Suizidwünsche im Alter und im Kontext demenzieller Erkrankungen

Alterssuizide sind keine ungewöhnliche Erscheinung, vielmehr begehen ältere Menschen überproportional viele Suizide. In Bezug auf die Gruppe der über 60-Jährigen schreiben Schmidtke et al.: »So beträgt der Anteil der Männer über 60 an der Gesamtbevölkerung 22,1 %, an den Suiziden aber 40,2 %, der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung 27,8 %, an den Suiziden sogar 49,3« (Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 6). Als auslösende Faktoren für Suizidhandlungen nennt Jagsch:

»Partnerverluste, Konflikte in der Familie, Sinnverlust, unwürdige Behandlungen im Alter, Angst vor Abhängigkeit, Kontrollverlust, gesellschaftliche Ausgrenzung, Ausweglosigkeit und die Furcht, Angehörigen zur Last zu fallen.« (Jagsch 2022: 48)

Aus der Auflistung ist ersichtlich, dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen von diesen Faktoren besonders betroffen sind: Sie können weniger am sozialen Leben teilhaben, verlieren in einem großen Ausmaß die Kontrolle über zuvor ausgeübte Tätigkeiten, sehen sich einer ausweglosen Lage gegenüber und haben die mit Sicherheit nicht unbegründete Angst, Angehörigen zur Last zu fallen. Es ist in diesem Kontext vermutlich auch nicht verwunderlich, dass Suizidwünsche vermehrt zu Beginn einer demenziellen Erkrankung geäußert werden, wenn diese Befürchtungen den Betroffenen kognitiv noch eher zugänglich sind (vgl. ebd.: 49).

Es wäre daher zumindest im Kontext von demenziellen Erkrankungen zu fragen, ob Suizidwünsche, die sich aus konkreten Befürchtungen gegenüber einem zukünftigen Zustand begründen, ernst zu nehmen sind, wenn dieser sodann in dieser Form nicht eintritt. Das heißt, wenn etwa der Leidensdruck geringer ist als erwartet oder sich die Person sogar gut in die neue Situation einfügt. In einem zentralen Text zum Thema Alzheimer und Suizid, der sich mit vorbeugenden Suiziden befasst schreibt etwa Davis:

»The interests in autonomy and independence that drove the competent person to execute the directive, may be quite meaningless to the incompetent person, whose interests may be in having a friendly staff, a cuddly pet or a favourite dessert.« (Davis 2014: 546)

Was hier Ausdruck findet, ist die Annahme, dass eine derart starke Veränderung der Persönlichkeit eintritt, dass vorherige Wünsche nicht weiter Anwendung finden – konträr zu dem eingangs zitierten Beispiel aus der Belletristik. In der philosophischen Debatte wird dies unter dem Stichwort der »transformativen Erfahrungen« diskutiert (vgl. Paul 2014; vgl. Ullmann-Margalit 2006). Im Rahmen dieses Beitrags wird jedoch auf eine tiefere philosophische Einbettung verzichtet und stattdessen auf einen konkreteren Einwand fokussiert.

Demenz und Selbstbindungen

Anders als im belletristischen Beispiel, in welchem Alice Howland eine Nachricht an sich selbst verfasst, beinhalten viele Selbstbindungen, die wir eingehen, die Aufforderung zur Hilfe von Dritten. So geben wir vielleicht unsere Autoschlüssel ab, um nicht betrunken zu fahren, oder bitten Freund*innen, uns bezüglich einer Tätigkeit so lange zu nerven, bis wir es tun. Manchmal planen wir Tätigkeiten mit Dritten, um unsere Selbstbindungen – mehr Sport! – auch einzuhalten.

Eine andere Form von Selbstbindungen stellen Vorausverfügungen, insbesondere Patient*innenverfügungen, dar. Mit diesen binden wir uns in einem Zustand, in welchem wir – zumeist vorübergehend – nicht entscheidungsfähig sind, an solche Entscheidungen, die wir im Vorfeld der aktuellen Situation für richtig gehalten haben. Patient*innenverfügungen können dabei sehr weitreichend sein und zum Beispiel bestimmte medizinische Prozeduren, auch lebenserhaltende beziehungsweise Reanimationsmaßnahmen verbieten. Ein Problem in diesem Kontext ist die unzureichende Präzision in solchen Verfügungen. Ein Beispiel dafür findet sich in einer Case Study aus einem Hasting Report. Im Beispiel ist Mr. R. ein an HIV erkrankter Patient, dessen Patientenverfügung festlegt, dass unter keinen Umständen eine Intubation stattfinden dürfe:

»Mr. R is in anaphylactic shock. Quickly ordering the four appropriate medications, Dr. D opens his mouth to ask for an endotracheal tube and respirator – and realizes he has a problem. Mr. R will die as his airway closes up if patency is not immediately ensured by placement of a tube. Indeed, in a case like this, placement often requires cutting the patient's throat to maintain the rapidly narrowing airway. Seconds, quite literally, count. The good news is that this is a time-limited condition. With immediate aggressive action, only a few hours or days of ventilator support should be necessary and there should be absolutely no long-term sequelae.« (Silverman/Dennis/Rouse/Smith 1992: 26)

Für Savulescu ist dies ein Beispiel dafür, dass ein Patient die Reichweite seiner Verfügung nicht verstanden hat. Es sei ihm vielmehr darum gegangen, eine andauernde künstliche

Beatmung zu vermeiden, nicht eine kurzfristige, die aufgrund einer unvorhergesehenen Nebenwirkung notwendig wird (vgl. Savulescu 1994: 211). Voraussetzungen sind, so lässt sich vielleicht kurz sagen, immer interpretationsbedürftig. Im Kontext von Verfügungen, die für Fälle eines irreversiblen Kompetenzverlustes verfasst werden, ergeben sich dabei noch einmal gesonderte Probleme.

In Bezug auf demenzielle Erkrankungen sieht daher etwa Hallich (2011) Patient*innenverfügungen dann als ungeeignetes Mittel, wenn sie ihre normative Kraft aufgrund einer vorhergehenden und jetzt nicht mehr gegebenen Kompetenz besitzen. Hallich befindet sich damit mitten in der sogenannten Dworkin-Dresser Debatte. In der Debatte wird der Fall von Margo diskutiert, welche ein glückliches Leben mit Demenz zu führen scheint, aber im Falle einer Pneumonie gemäß ihrer Verfügung nicht behandelt werden dürfte. Dworkin (1994) vertritt in seinem Buch *Life's Dominion* die Auffassung, dass vorherige Verfügungen einer kompetenten Person immer Vorzug gegenüber den aktuellen Interessen dieser Person in einem nicht kompetenten Zustand haben sollten. Dresser (1995) hingegen argumentiert in ihrem Aufsatz *Dworkin on Dementia* dafür, den aktuellen Interessen Vorrang zu geben.⁵

Das Argument bei Hallich läuft wie folgt: Paternalistische Handlungen sind dann erlaubt, wenn eine (antizipierte) spätere Zustimmung angenommen werden kann. Im klassischen Fall des Odysseus ist seine Bindung deswegen erlaubt, weil davon auszugehen ist, dass er nach dem Passieren der Sirenen, dieser zustimmen wird – auch wenn er in der Situation selbst nachdrücklich um seine Befreiung bittet. Dass Odysseus zuvor, eben bei klarem Verstand, darum gebeten habe, dass seine aktuellen Interessen – losgebunden zu werden und zu den Sirenen zu gelangen – nicht berücksichtigt werden sollen, gibt uns lediglich gute Gründe davon auszugehen, dass er dieser Handlung später zustimmen wird (vgl. Hallich 2011: 165–167). Bei einem irreversiblen Kompetenzverlust ist eine solche (antizipierte) spätere Zustimmung jedoch kein probates Mittel:

»Es müssten Gründe dafür vorgelegt werden, dass Personalität selbst normativ gehaltvoll ist und daher die Unterscheidung zwischen (personalen) *critical* und (nicht notwendig personalen) *experiential* interests nicht nur als rein deskriptive, sondern auch als normative Unterscheidung haltbar ist. Solange dies nicht geschehen ist, spricht nichts dafür, die *critical interests* den *experiential interests* überzuordnen.« (ebd.: 169)

Hallich wendet sich damit gegen die von Dworkin vorgenommene Hierarchisierung von verschiedenen Formen von Interessen. Seinem Einwand folgend ist also zu konstituieren, dass die Überordnung von kritischen respektive personalen Interessen sich nicht darin begründet, dass diese normativ gewichtiger sind. Ihr Gewicht erhalten sie nämlich tatsächlich dadurch, dass sie langfristigeren Interessen entsprechen, für welche wir kurzfristige Wünsche oder Interessen zurückzustellen bereit sind. Während wir im betrunkenen Zustand wüten und behaupten noch fahrtüchtig zu sein, werden wir am

5 In den letzten 30 Jahren hat sich ein beinahe unübersichtlicher Literaturkorpus zu dieser Frage aufgebaut, der hier leider nicht in dem ihm gebührenden Umfang dargestellt werden kann.

nächsten Morgen doch dankbar die Autoschlüssel bei einem Freund abholen und zustimmen, dass es besser war, dass er diese trotz Protesten einbehalten hat. Im Fall eines irreversiblen Kompetenzverlustes fehlt diese Differenz jedoch. Es gibt später keine Person, die ihrer zeitweisen Entmündigung zustimmen kann. Bleibt also eine Begründung dafür aus, dass personale Entscheidung normativ per se höher zu bewerten ist, müsste eine Priorisierung von Patient*innenverfügungen vor potenziellen aktuellen Interessen anders begründet werden.

Bei kognitiven Beeinträchtigungen, die zu einem irreversiblen Kompetenzverlust führen, haben wir also eine besondere Problemlage. Anders als etwa bei episodischen Kompetenzverlusten, kann die Person nicht darüber befragt werden, ob ihr Wunsch noch fortbesteht. Die Verfügung erfüllt nicht die Aufgabe, die autonome Entscheidung über eine Phase der Inkompetenz in eine neue Phase der Kompetenz hinüberzuretten. Hierauf aufbauend werde ich im nächsten Abschnitt zwei sehr unterschiedliche Ansätze besprechen, wie Patient*innenverfügungen in diesem Kontext behandelt werden können.

Jenseits des Erlebens: Demenz als andauernde Drohung

Ein Beispiel für einen Fall, in welchem eine kommende Demenz vor allem als Bedrohung für die aktuelle, kompetente Person verstanden wird, stammt aus einem recht persönlichen Beitrag Cantors (2018). Er argumentiert in diesem dafür, dass man gute Gründe habe, eine schwere demenzielle Erkrankung zu vermeiden, auch wenn man selbst nicht unter dieser leiden würde, etwa, weil einem selbst die kognitiven Fähigkeiten fehlen, eine Haltung zur eigenen Erkrankung einzunehmen. Das Leid, das uns selbst durch eine (potenzielle) spätere demenzielle Erkrankung zugefügt würde, träfe bereits die noch nicht demente Person, weil dadurch ihr Leben als Ganzes betroffen sei:

»A person, by a lifetime of nurturing and developing a body, character, and relationships, has earned a prerogative to shape his or her life narrative – including the medical fate of a succeeding, incompetent persona. A person's determination to preserve the integrity of a life as a whole (and to shape the recollections of survivors) when threatened by prolonged dementia or other degenerative afflictions is well understood and respected.« (Cantor 2018: 22)

Die theoretische Voraussetzung, auf der Cantors Argument beruht, ist eine narrative Theorie des Selbst (vgl. z.B. Schechtmann 1996). Narrativist*innen gehen davon aus, dass wir unser Leben gestalten, wie wir eine Geschichte erzählen. Sinngabung erfolgt daher auch durch die Verbindung von einzelnen Teilen des Lebens zu einem Ganzen. Und besteht das Ende in einem sinnlosen und vermeidbaren Leiden, so verliert vielleicht das Leben als Ganzes an Sinn. Anders als in der Darstellung Hallichs würden hier also sehr wohl personale Interessen verletzt, allerdings keine späteren, sondern die aktuellen der Person, welche eine solche Patient*innenverfügung erlässt. Ein zweiter zentraler Punkt von Cantors Kritik ist ein Ungleichgewicht zwischen Tun und Unterlassen, welches er als ungerechtfertigt betrachtet. Während es akzeptiert wäre, keine lebenserhaltenden Maß-

nahmen zu beginnen oder solche sogar abzubrechen, wäre ein assistierter Suizid oder eine aktive Tötung kein gangbarer Weg. Die Frage, ob man eine schwere demenzielle Erkrankung durchmachen müsse oder nicht, dürfe aber wohl kaum davon abhängen, ob man an einer Lungenentzündung erkrankt oder nicht (vgl. Cantor 2018: 17).

Ähnlich dem Fall von Alice geht es darum, unabhängig davon, wie die Demenz sich für die betroffene Person in diesem Moment anfühlt, das Leben als Ganzes zu bewahren. Dies reagiert auch auf das Problem, den richtigen Zeitpunkt zu verpassen. Während Alice sich allerdings zur Sterbehelferin macht, mangelnde Unterstützung oder vielmehr offenen Widerstand ihres Umfeldes antizipierend, plädiert Cantor für institutionelle Regelungen und Zugänge.

Cantors Argument hat sicher prima facie eine hohe Überzeugungskraft. Inwiefern eine Implementation in der Praxis jedoch gelingen kann, ist allerdings fraglich. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Textes (Frühjahr 2023) werden auch außerhalb der Fachöffentlichkeit Fälle aus Kanada diskutiert, in welchen Menschen mit noch geringen physischen und kognitiven Einschränkungen ein assistierter Suizid anstatt von (kostenaufwendigen) Behandlungen nahegelegt wurde (vgl. Cheng 2022). In der Fachdebatte selbst ist ein älterer Fall aus den Niederlanden prominent, welcher hier kurz skizziert wird. Es handelt sich um eine 75-jährige Frau – der Name ist pseudonymisiert – welche fünf Jahre vor den unten geschilderten Ereignissen eine Euthanasieverfügung erlassen und diese ein Jahr zuvor aktualisiert hatte. Die Verfügung wurde vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen mit schweren Demenzerkrankungen im familiären Umfeld verfasst und sollte das Durchleben einer solchen verhindern. Der Fall weist verschiedene Probleme auf, von denen nur zwei an dieser Stelle besprochen werden sollen.

Zur Darstellung hier ein Auszug aus einer Fallbesprechung von Wijsbek und Nys:

»Mrs. Cornel was not aware of, nor had she any insight into, her illness. She did not recognize herself in the mirror. She did, however, recognize her husband when he visited her, but she also recognized him in other visitors, in male coresidents, and occasionally even in some female ones. At night, she roamed the corridors, desperately banging on doors in search of her husband. The scenes when he left after his daily visit were heartbreaking. She was lost in the institution, could not always find the toilet, and would then defecate on the floor in other inpatients' rooms. If she was found out, she scurried away, confused and ashamed. She could no longer dress or take care of herself and confused her mascara with toothpaste. She would tell the nursing staff that she wanted to die, on average, twenty times a day, and once suggested that it would be better if they were to hang her in a doorway, afterwards observing that it was too low. But when Arends asked her if she should help her die, Mrs. Cornel looked at her bewildered and said that this would be going too far. All in all, Arends asked her that question three times, and not once did Mrs. Cornel answer in the affirmative. [...] On the morning of the euthanasia, Arends surreptitiously slipped a sedative in Mrs. Cornel's coffee to stop her from panicking or resisting. She had not told her that the euthanasia would take place that morning, nor had she sought her consent.« (Wijsbek/Nys 2022: 25f.)⁶

6 Für eine weitere relevante Diskussion siehe Miller/Desser/Kim 2019.

Zwei Aspekte in diesem Auszug dürften besonders irritierend sein: Zum einen, dass Mrs. Cornel wiederholt einen Todeswunsch äußerte, sogar bis zu 20-mal am Tag, zugleich aber eine Tötung auf Verlangen bei drei Gelegenheiten explizit ablehnte. Weiterhin, dass die beteiligte Ärztin ihre Patientin nicht darüber informierte, dass sie eine Sterbehilfe einleitete und somit auch keine Möglichkeit zum Widerspruch gab – obwohl dieser im Vorfeld mehrfach geäußert wurde. Unbestreitbar ist sicherlich, dass Mrs. Cornel ihr Leben nicht mehr als ein gutes empfand. Ihr Alltag war geprägt von Desorientierung und Angst, was sie, wie ihr immer wieder geäußertes Todeswunsch nahelegt, auch wahrzunehmen schien. Auf der anderen Seite, so auch die Interpretation von Wijsbek und Nys, verfügte sie nicht mehr über bestimmte Kompetenzen, die eigentlich Voraussetzung zur Leistung der aktiven Sterbehilfe sind. Ob sie etwa zu einem assistierten Suizid in der Lage gewesen wäre, ist fraglich. Dass sie ganz ohne ihr Wissen schlussendlich getötet wurde, ist zumindest intuitiv irritierend. Hinzu kommt, dass unklar ist, um welche Handlung es sich hier überhaupt handelt. Im Konflikt stehen die Verordnung, tägliche Äußerungen und eine explizite Ablehnung einer ärztlichen Sterbebegleitung. Insbesondere die Ambiguität in Bezug auf den Sterbewunsch macht es schwierig, hier eine Entscheidung über die bestehenden aktuellen Interessen zu fällen. Zugleich aber findet sich mit dem Vorliegen der Verfügung ein guter Grund, denn diese wurde genau für den Zustand erlassen, in welchem sich Mrs. Cornel zu diesem Zeitpunkt befand. Und, so lässt sich voraussichtlich ebenfalls konstatieren, der Zustand der Demenz ist dergestalt, wie er befürchtet wurde. Anders als bei Menschen, deren demenzielle Erkrankungen deutlich positiver verlaufen als erwartet, gibt es also gute Gründe anzunehmen, dass hier keinesfalls eine transformative Erfahrung stattgefunden hat und Mrs. Cornels Interessen sich der neuen Situation angepasst haben (vgl. ebd.: 28).

Anders als Alice kann Mrs. Cornel allerdings nicht mehr als Sterbehelferin in eigener Sache auftreten beziehungsweise kann dies nur mittelbar tun, nämlich insofern, als dass eine Verfügung vorliegt. Aufgrund dessen, wie Mrs. Cornel ihre Demenz erlebt, wie sie leidet, und des Umstandes, dass sie immer wieder Todeswünsche äußert, lässt sich aber wohl die Intuition begründen, dass es auch in ihrem aktuellen Interesse ist, ein tödliches Mittel zu bekommen. Selbst, wenn sie nicht mehr in der Lage ist zu verstehen, dass sie dieses gerade einnimmt.

Wie aber sähe die Bewertung aus, wenn Mrs. Cornel zwar keine glückliche demente Person wäre – wie in dem Margo-Beispiel von Dworkin – aber ein weniger gravierend schlechtes Leben in ihrem Pflegeheim führen würde? Wenn sie zwar oft ihren Gatten vermisste und Scham empfände, weil sie den Weg zur Toilette nicht findet, zugleich aber gut in die Gemeinschaft der Einrichtung eingebunden wäre, wenn sie zwar sporadisch Todeswünsche äußerte, jedoch auch offensichtliche Freude an bestimmten Aktivitäten empfände? In Fällen wie diesen sind unsere Intuitionen voraussichtlich weniger zuverlässig.

Fazit und Ausblick

Will man Formen der Sterbehilfe für Menschen mit demenziellen Erkrankungen nicht grundsätzlich ausschließen, müssen die in diesem Beitrag beschriebenen Probleme gelöst werden. Suizidassistenten im Frühstadium einer Demenz bringt das Problem des institutionalisierten Missbrauchs mit sich, wenn etwa Patient*innen ein solcher nahegelegt wird, um Pflegekosten zu sparen. Eine Suizidassistenten zu einem späteren Zeitpunkt hingegen ist oftmals nicht mehr möglich, weil die Patient*innen nicht mehr in der Lage sind, den Suizid eigenständig durchzuführen oder zumindest, wie auch im Falle des oben genannten Beispiels, nicht mehr in der Lage sind, zuzustimmen. Das hieße, selbst wenn sie motorisch noch in der Lage sind, das entsprechende Mittel oral einzunehmen, ist zumindest nicht mehr eindeutig feststellbar, dass ihnen in dem Moment bewusst ist, dass sie sich suizidieren. Auf der anderen Seite steht eine Position wie die von Norman Cantor, welche auch ernsthafte Berücksichtigung verdient: Die Aussicht auf ein elendes Lebensende, welches auch noch nachhaltig die Erinnerung der Hinterbliebenen prägt, kann ein Leben schon lange vor dem Eintritt der Erkrankung beeinflussen und deutlich schlechter machen, als es sein müsste.

Wie eingangs bereits festgestellt, können an dieser Stelle keine konkreten Lösungsvorschläge gemacht werden. Der Verweis auf eine Enttabuisierung scheint zu trivial, bietet aber vielleicht zumindest einen Ausgangspunkt: Das Wissen darum, welche Ängste mit einer demenziellen Erkrankung einhergehen, ermöglicht es Angehörigen in größerem Maße einzuschätzen, ob sich die Wünsche der Patient*innen gewandelt haben – oder die Befürchtungen eingetreten sind.

Was in diesem Beitrag gezeigt werden konnte, ist, dass Verfügungen, die für den Fall eines irreversiblen Kompetenzverlustes erlassen werden, anderen Bedingungen unterliegen als solche, die für den Fall eines reversiblen Kompetenzverlustes erlassen werden. Besonders erschwerend ist in diesem Kontext, dass die Erfahrung einer demenziellen Erkrankung das Erleben einer Person in einem solch umfangreichen Maße verändert, dass Prognosen in Bezug auf das zukünftige Wohlergehen besonders schwer zu tätigen sind. Zugleich ist es allerdings auch schwierig, die Personen auf ihr Wohlergehen hin zu befragen.

Wenngleich dieser Beitrag auch keine konkreten Lösungsvorschläge machen kann, so hoffe ich doch, dass ich zum Verständnis der unterliegenden Problematik beitragen konnte. Schlussendlich wird die Frage, welche Reichweite Sterbeverfügungen, insbesondere Euthanasieverfügungen, haben sollten, Einzelabwägungen bleiben, die von Betreuenden und Angehörigen getroffen werden müssen. Lediglich auf die vorherige Autonomie zu verweisen, ist allerdings zu wenig.

Literatur

- Bundesverfassungsgericht: Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15 (2020).
- Cantor, Norman L.: »On Avoiding Deep Dementia«, in: Hastings Center Report 48(4) (2018), S. 15–24.

- Cheng, Maria: »Disturbing«: Experts troubled by Canada's euthanasia laws.«, in: AP News vom 11.08.2022, Onlineausgabe: <https://apnews.com/article/covid-science-health-toronto-7c631558a457188d2bd2b5cfd360a867>.
- Davis, Diane S.: »Alzheimer disease and pre-emptive suicide«, in: *Journal of Medical Ethics* 40(8) (2014), S. 543–549.
- Dresser, Rebecca: »Dworkin on Dementia: Elegant Theory, Questionable Policy«, in: *Hastings Center Report* 25(6) (1995), S. 32–38.
- Dworkin, Ronald: *Life's Dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*, New York: Vintage Books 1994.
- Genova, Lisa: *Still Alice*, New York: Gallery Books 2019.
- Hallich, Oliver: »Selbstbindungen und medizinischer Paternalismus«, in: *Zeitschrift für Philosophische Forschung* 65(3) (2011), S. 151–172.
- Jagsch, Christian: »Alterssuizid und seine Grundlagen«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer 2022, S. 47–51.
- Miller, David Gibbes/Dresser, Rebecca/Kim, Scott Y. H.: »Advance Euthanasia Directives: A Controversial Case and Its Ethical Implications«, in: *Journal for Medical Ethics* 45(2) (2019), S. 84–89.
- Mroz, S./Dierickx, S./Deliens, L./Cohen, J./Chambaere, K.: »Assisted dying around the world: a status quaestionis«, in: *Annals of Palliative Medicine* 10(3) (2021), S. 3540–3553, <http://dx.doi.org/10.2103>.
- Paul, Laurie A.: *Transformative Experience*, Oxford: Oxford University Press 2014.
- Savulescu, Julian: »Rational Desires and the Limitation of Life-Sustaining Treatment«, in: *Bioethics* 8(3) (1994), S. 191–222.
- Schechtman, Marya: *The Constitution of Selves*, Ithaca and London: Cornell University Press 1996.
- Schmidtke, Armin/Sell, Roxanne/Löhr, Cordula: »Epidemiologie von Suizidalität im Alter«, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41 (2008), S. 3–13.
- Silverman, Lewis M./Dennis, Manette/Rouse, Fenella/Smith, David A.: »Whether No Means No«, in: *The Hastings Report* 22(3) (1992), S. 26–27.
- Ullmann-Margalit, Edna: »Big Decisions: Opting, Converting, Drifting«, in: *Royal Institute of Philosophy Supplements* 68 (2006), S. 157–172.
- Wijsbek, Henri/Nys, Thomas: »On the Authority of Advance Euthanasia Directives for People with Severe Dementia. Reflections on a Dutch Case«, in: *Hastings Center Report* 52(5) (2022), S. 24–31.

Assistierter Suizid trotz Depression? Zum Recht auf assistierten Suizid psychisch erkrankter Menschen

Johanna Stolze

Problemaufriss

Darf sich eine depressive Person selbst töten? Nicht durch Erhängen, Sturz in die Tiefe oder ähnliche Methoden, sondern indem sie vom Recht auf assistierten Suizid Gebrauch macht und durch ärztliches Personal Zugang zu einem tödlichen Arzneimittel erhält. Der Suizid(-versuch) an sich hat in Deutschland eine lange Tradition der Straflosigkeit, der assistierte Suizid ist erst seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020¹ (erneut) erlaubt.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde betont, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst (vgl. BVerfGE 153, 182, Leitsatz 1a). Weiter heißt es dort, dass jenes Recht auf selbstbestimmtes Sterben die Freiheit einschließt, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung über Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz sei individuell zu treffen und von Staat und Gesellschaft zu respektieren (vgl. ebd., Leitsatz 1b).

Zudem heißt es im Urteil, dass eben jene Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und selbige in Anspruch zu nehmen, umfasst (vgl. ebd., Leitsatz 1c). Mit dem §217 STGB war 2015 die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung verboten worden, durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Februar 2020 wurde dieses Verbot des assistierten Suizids wieder aufgehoben.

Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil von 2020 selbst anmerkt, bewegt sich die Regelung des assistierten Suizids in einem Spannungsfeld unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Schutzaspekte, nämlich zwischen dem Schutz der Autonomie Suizidwilliger und dem Schutz des Rechtsguts Leben (vgl. ebd., Leitsatz 3b). Die Fürsorgepflicht des Staates kollidiert gewissermaßen mit der Achtung vor der Autonomie des Individuums. Besonders spannungsgeladen wird das Verhältnis dieser beiden

1 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343, https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html. Im Folgenden als BVerfGE 153, 182–310 ausgewiesen.

Schutzaspekte in Bezug auf psychisch Erkrankte. Während gemäß dem Bundesverfassungsgerichtsurteil grundsätzlich ein (Bilanz-)Suizid² als Akt autonomer Selbstbestimmung zu würdigen ist, stellt sich die Frage, ob und inwiefern psychisch Erkrankte in der Lage sind, eine solche Bilanz, und vor allem eine Bilanz in ihrem Sinne, zu ziehen. Um ein drastisches Beispiel zu nennen: Einer* einem akut psychotischen Patient*in, die* der imperative Stimmen hört, welche zum Suizid drängen, würde man den Zugang zum assistierten Suizid versagen und hätte die rechtliche Pflicht, sie* ihn vor der Umsetzung der halluzinatorischen Ideen zu schützen. Anders würde sich der Fall darstellen, wenn sich ein*e Patient*in, nach Durchleben bereits vieler psychotischer Phasen, in einem psychosefreien Intervall dazu entschließt, keine weitere Psychose und die damit einhergehenden belastenden Erlebnisse für sich und ihr Umfeld erleben zu wollen, und deshalb den assistierten Suizid in Betracht zieht. Oder, um ein weiteres Beispiel zu nennen, einer depressiven Person gegenüber bestünde eine Schutzpflicht, wenn sie im Rahmen einer akuten depressiven Episode nach Zugang zum assistierten Suizid verlangt. Bei einer Person mit rezidivierenden (d.h. wiederkehrenden) depressiven Episoden und klar begründeten, wohlüberlegten Gründen für den assistierten Suizid wäre diese Bewertung nicht so eindeutig.

Das Bundesverfassungsgericht weist in seinem Urteil von 2020 darauf hin, dass »psychische Erkrankungen eine erhebliche Gefahr für eine freie Suizidentscheidung [bilden]« (BVerfGE 153, 182, Rn. 245). Auch in anderen Randnummern des Urteils wird die spezielle Rolle psychischer Erkrankungen betont, besonders auf depressive Erkrankungen wird verwiesen (vgl. ebd., Rn. 241, 245, 304). Es gibt zwar eine Vielfalt psychischer Erkrankungen mit großer Variation hinsichtlich Ausgestaltung und Schwere, in diesem Beitrag soll es aber um den sehr eingegrenzten Bereich der Depression gehen und damit verbunden um die Frage, ob der assistierte Suizid für an Depressionen erkrankte Menschen zulässig sein sollte.

Um sich dieser Thematik zu nähern, gliedert sich der Text in drei Abschnitte: Im ersten Teil geht es um die Rolle von Depressionen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Im zweiten Abschnitt wird die Diagnose Depression genauer betrachtet, mit einem besonderen Fokus auf den Fall der chronischen Depression. Im dritten Teil geht es um den Begriff der Freiverantwortlichkeit, seine Möglichkeiten und Begrenzungen sowie daraus resultierende Herausforderungen für die Ärzteschaft. Abschließend folgen Fazit und Ausblick. Die folgenden Ausführungen zeigen immer wieder das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht auf. Das Konzept der Freiverantwortlichkeit kann in diesem Zusammenhang als Versuch gewertet werden, sich strukturiert dem Zustand eines Menschen anzunähern, um zu eruieren, ob eher die Autonomie der einzelnen Person oder das Rechtsgut Leben von staatlicher Seite zu schützen sind.

2 Der Begriff des Bilanzsuizids ist nicht unumstritten, da er auf eine rein rationale Abwägung und Bilanzierung hindeutet. Suizidale Menschen beschäftigt allerdings häufig eine existenzielle Ambivalenz von Gefühlen, Gedanken und Bedürfnissen, die sich in dem Begriff des Bilanzsuizids nicht umfassend wiederfindet (vgl. Lindner 2020).

1. Depressionen im Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Psychische Erkrankungen werden im Bundesverfassungsurteil als Gefährdung für eine freie Suizidentscheidung beschrieben. Der Wille müsse frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung gebildet werden und eine entsprechende Handlungsfähigkeit müsse vorliegen (vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 241). Ein autonom gebildeter, freier Wille sowie eine realitätsbezogene Abwägung des Für und Wider seien Voraussetzungen für den Suizidentschluss (vgl. ebd., Rn. 240). Zudem sei es erforderlich, dass Handlungsalternativen zum Suizid erkannt und bewertet würden (vgl. ebd., Rn. 242). Da Suizidwünsche regelmäßig auf einem komplexen Motivbündel beruhen, müsse eine gewisse Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit vorliegen, um sicherzustellen, dass der Wunsch nicht einer vorübergehenden Lebenskrise entspringt (vgl. ebd., Rn. 244).

Mit diesen, vor allem den letztgenannten, Ausführungen zeigt das Bundesverfassungsgericht, wie schwer es ist, die Motivlage eines Menschen adäquat zu beurteilen und entsprechend staatlich darauf zu reagieren. Es wird ein Ringen oder Bemühen deutlich, von staatlicher Seite eine Regelung zu finden, die nicht fälschlicherweise einer Person den assistierten Suizid ermöglicht, die eigentlich zu schützen gewesen wäre. Schließlich ist der assistierte Suizid nach seiner Ausführung in der Regel nicht mehr reversibel. Die Endgültigkeit macht die Thematik besonders heikel, durch sie ist eine besondere Sorgfalt geboten.

In Randnummer 245 (BVerfGE 153, 182) wird nicht nur die Gefährdung der freien Entscheidung durch psychische Erkrankungen hervorgehoben, sondern auch die Sonderstellung der Depression als besonders häufig mit Suizid in Zusammenhang stehender Erkrankung benannt. Hier werden Zahlen angeführt: Bei 90 Prozent der tödlichen Suizidhandlungen lägen psychische Störungen vor, bei 40 bis 60 Prozent hiervon in Form einer Depression. Zudem seien Depressionen für Mediziner*innen oft schwer erkennbar und führten bei 20 bis 25 Prozent der Suizidwilligen zu einer eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit.

Hier muss allerdings zwischen Statistiken zum Suizid allgemein und Statistiken zum assistierten Suizid unterschieden werden. Die vom Bundesverfassungsgericht genannten Zahlen lassen eigentlich keine genaue Aussage über die potenzielle Nutzung des assistierten Suizids durch Menschen mit Depressionen zu. So gibt es einige kritische Punkte bezüglich der Angabe von 90 Prozent anzumerken. Diese Zahlen wurden im Zusammenhang mit psychologischen Autopsiestudien erhoben, welche Interviews mit Angehörigen sowie die Auswertung von Kranken- und Polizeiakten umfassten (vgl. Milner/Sveticic/De Leo 2013). Zum einen ist die Methode der psychologischen Autopsie umstritten, da retrospektiv mit dem Wissen des vollendeten Suizids nach entsprechenden Informationen gesucht wird, etwa durch Interviews mit Angehörigen, und die so erhobenen psychopathologischen Daten nicht immer valide sind (vgl. Hjelmeland et al. 2012). Zum anderen beruhen jene Autopsiestudien auf weltweit durchgeführten empirischen Untersuchungen zu tödlichen Suizidhandlungen. Es geht hier also keineswegs ausschließlich um Menschen, die durch den assistierten Suizid gestorben sind. Diese Differenzierung ist insofern wichtig, als dass sich die Gruppe derjenigen Menschen, die sich ohne Unterstützung suizidieren (d.h. ohne assistierten Suizid), anscheinend von jener unterscheidet, die den assistierten Suizid wählt: In Ländern, in denen der assis-

tierte Suizid bereits seit einigen Jahren erlaubt ist, gibt es Hinweise darauf, dass sich die Kollektive hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen, wie Alter und Geschlecht, unterscheiden. Zum Beispiel konnte für die Region Basel festgestellt werden, dass der assistierte Suizid von einer Gruppe in Anspruch genommen wird, die sich sonst nicht das Leben genommen hätte, nämlich Frauen im höheren Lebensalter (vgl. Frei et al. 2003). Vor diesem Hintergrund weisen die im Bundesverfassungsgerichtsurteil genannten Zahlen zwar grundsätzlich auf ein Problem hin, nämlich auf die Assoziation von Suizidalität und Depression, aber sie sind nicht unhinterfragt auf den assistierten Suizid übertragbar. Wie häufig der assistierte Suizid mit einer psychiatrischen Diagnose einhergeht, muss noch genauer erhoben werden.

Calathi et al. (2021) zeigen in ihrer Übersichtsarbeit zu assistiertem Suizid bei psychisch Erkrankten, beruhend auf Studien aus den Niederlanden, der Schweiz und Belgien, vor allem zwei Dinge: dass mit der Legalisierung der Wunsch nach assistiertem Suizid zunimmt und dass psychische Erkrankungen als Haupt- oder einziger Grund einen kleineren, aber relevanten Teil an den assistierten Suiziden ausmachen. Allerdings ist die Differenzierung zwischen psychischen Problemen und manifesten psychischen Erkrankungen als Neben- beziehungsweise Hauptgrund für den Wunsch nach assistiertem Suizid in den Zahlen der Schweiz nur begrenzt möglich. Ebenso wenig kann in den Studien der Niederlande zwischen dem Anteil der Menschen mit psychischen Störungen allein und jenen mit psychischen Begleiterkrankungen bei (lebensbedrohlicher) sonstiger körperlicher Krankheit klar unterschieden werden (vgl. Calathi et al. 2021). Die Übersichtsarbeit macht also die Relevanz des assistierten Suizids für psychisch Erkrankte deutlich und zeigt, dass mehr und differenziertere Erhebungen nötig sind.

Ein weiterer Aspekt, der eine besondere Vorsicht gegenüber dem Zugang von psychisch Erkrankten zum assistierten Suizid erklären könnte, ist jener der Euthanasie durch das nationalsozialistische Regime (vgl. Schneider 2011). Aufgrund der historischen Erfahrung und der erst allmählichen Aufarbeitung der Ermordung psychisch Erkrankter zur Zeit des Nationalsozialismus könnte in Deutschland und entsprechend in seiner Rechtsprechung eine gewisse Zurückhaltung oder besondere Besorgnis hinsichtlich der (Selbst-) Tötung psychisch Erkrankter bedingt sein.

2. Depressionen

Psychische Erkrankungen betreffen jedes Jahr über ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, wobei weniger als die Hälfte der Betroffenen berichtet, wegen psychischer Probleme in Behandlung zu stehen (vgl. Jacobi et al. 2014). Betroffene haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine geringere Lebenserwartung (vgl. Schneider 2019); zudem sind psychische Erkrankungen eine der vier Hauptursachen (u.a. neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen) in Deutschland für den Verlust gesunder Lebensjahre (vgl. Plass et al. 2014). Depressionen machen davon einen Großteil aus: Sie sind die zweithäufigste vergebene Diagnose bei psychischen Erkrankungen (nach Angststörungen), allein 8,1 Prozent entfallen auf die unipolare Depression (vgl. Jacobi et al. 2014).

2.1 Diagnosekriterien von Depressionen

Im Folgenden werden die Symptome laut ICD-10 (Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen) vorgestellt, mittels derer die Diagnose Depression im deutschen Gesundheitssystem gestellt wird.

Depressionen können zunächst in unipolar und bipolar unterschieden werden. Bei letzterer kommt es neben depressiven zu manischen Phasen, in denen Betroffene gehobene Stimmung, vermehrte Aktivität und Weiteres aufweisen. Es gibt Hinweise darauf, dass die Suizidrate bei Menschen mit bipolarer Störung vor allem in der depressiven Phase erhöht ist im Vergleich zu Menschen mit unipolarer Depression – allerdings ist die Studienlage nicht eindeutig (vgl. Teismann/Dormann 2021: 16f). Der Fall der bipolaren Depression ist also gesondert zu betrachten. In diesem Text soll es um die unipolare Depression gehen. Die Diagnosekriterien für die depressive Episode bleiben für beide Formen der Depression (unipolar/bipolar) gleich.

Leitsymptome der Depression sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsverlust. Als Nebensymptome zählen Angst, depressive Verstimmung, deutlich gemindertes Interesse oder geminderte Freude an fast allen Aktivitäten, signifikante Gewichtsabnahme oder Veränderung des Appetits, Schlaflosigkeit oder Hypersomie, psychomotorische Agitation, Ermüdung oder Energieverlust, Gefühl der Wertlosigkeit oder Gefühl übermäßiger oder unangemessener Schuld, verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren, Unentschlossenheit, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, Selbstmordversuch, Selbstmordplan (vgl. Polidori/Meyer 2019: 106).

Es müssen zum Stellen der Diagnose Depression nicht alle oben genannten Kriterien gleichzeitig erfüllt sein. Für eine sogenannte leichte depressive Episode müssen mindestens zwei Leitsymptome und ein bis zwei Nebensymptome, für eine mittelgradige depressive Episode müssen mindestens zwei Leit- und drei bis vier Nebensymptome und für eine schwere depressive Episode müssen alle drei Leitsymptome sowie mindestens fünf Nebensymptome gegeben sein. Die Symptome müssen über mindestens 14 Tage bestehen.

In den oben genannten Symptomen findet sich eines der Hauptprobleme, die sich hinsichtlich der Frage des assistierten Suizids für Menschen mit Depressionen stellen: Die Tatsache, dass wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, Selbstmordversuch und Selbstmordplan als Nebensymptome einer Depression gelten, erschwert die Beurteilung, ob ein Suizidwunsch Ausdruck der Erkrankung – und damit vielleicht zu therapieren – ist oder nicht. Der Wunsch nach assistiertem Suizid kann auch Ausdruck einer wohlüberlegten Entscheidung sein, die unabhängig von der Grunderkrankung getroffen wurde, oder auch einer Entscheidung, die aus der Belastung durch die (chronische) Erkrankung resultiert.

2.2 Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen

Eine akute depressive Episode ist in der Regel behandlungsbedürftig, das heißt, im Fall einer leichten depressiven Episode käme eine Psychotherapie, bei mittel- und schwergradigen Episoden kämen zusätzlich Antidepressiva in Betracht (vgl. NVL 2022). Erst nach mehrwöchiger Behandlungsdauer kann der Zustand zuverlässig reevaluiert

werden, das heißt, bei einer akuten depressiven Episode ist laut Leitlinie zunächst eine Behandlung indiziert. Dadurch kann vermieden werden, dass der Suizidwunsch ausschließlich Symptom der depressiven Episode ist und behandelte Patient*innen diesen Wunsch nicht hätten. Das bedeutet, dass erst nach erfolgter mehrwöchiger Behandlung die Fragestellung nach dem assistierten Suizid erneut bewertet wird. Hier greift also die Schutzpflicht des Staates vor dem Rechtsgut Leben. Es wären aber auch Fallkonstellationen denkbar, bei denen dieser zeitliche Ablauf aus Anbehandeln und Reevaluieren nicht so eindeutig durchgeführt werden kann. Zum Beispiel könnten der Wunsch und die Planung des assistierten Suizids schon vor Auftreten der Depression bestanden haben. Kann eine Person dann verpflichtet werden, zunächst eine Depressionsbehandlung zu durchlaufen und für jene Dauer die weitere Planung und/oder Umsetzung des assistierten Suizids zu vertagen? Es wäre auch eine Fallkonstellation denkbar, in der eine Person neben der depressiven eine andere schwere Erkrankung hat, die ein Überleben über wenige Wochen, die eine Depressionsbehandlung in Anspruch nehmen würde, hinaus unwahrscheinlich macht. In solchen Fällen ist schwer auszumachen, ob die Schutzpflicht des Staates höher anzusetzen ist als die Achtung vor der Autonomie des Individuums.

2.3 Chronische Depression

Eine besonders komplexe Fallkonstellation stellt die chronische Depression dar, welche im Folgenden genauer ergründet wird. Eine Depression gilt dann als chronisch, wenn sie über 24 Monate besteht. Sie kommt relativ häufig, bei ungefähr 15 bis 20 Prozent der Menschen mit depressiven Störungen vor. Im ICD-10 findet sie allerdings keine adäquate Erfassung (vgl. Müller/Jauch-Chara 2020), alle derzeit zu Verfügung stehenden Diagnoseschlüssel stellen lediglich eine Annäherung dar.

So ist es beispielsweise möglich, eine einzelne depressive Episode im Rahmen des ICD-10 abzubilden (F32.X). Der Entwicklung von einer rezidivierenden depressiven Störung hin zu einem chronischen Zustand kann mit diesem Diagnoseschlüssel allerdings nicht ausreichend Rechnung getragen werden. Eine rezidivierende depressive Störung (F33.X) meint wiederkehrende depressive Episoden mit dazwischenliegenden Phasen der Besserung, in denen die*der Patient*in die Diagnosekriterien einer Depression nicht mehr erfüllt. Im Falle der chronischen Depression fehlen diese Episoden der Besserung, es ist eben keine wiederkehrende (rezidivierende), sondern eine kontinuierlich bestehende Depression. Mit einer wenigstens mehrere Jahre andauernden depressiven Verstimmung wird eine Dysthymie (F34.1), aber keine Depression beschrieben. Die Dysthymie zeichnet sich dadurch aus, dass einige, aber für die Diagnose einer depressiven Störung noch nicht ausreichende Kriterien erfüllt sind.

Offensichtlich trägt das derzeitige ICD-10 System der chronisch depressiven Erkrankung nicht ausreichend Rechnung. Im amerikanischen System DSM-5 ist eine solche Darstellung gegeben, im ICD-11 ist sie geplant. Dort, im ICD-11, soll die Kodierung differenzierter vorgenommen werden, indem die aktuelle depressive Episode klassifiziert wird, der Remissionsstatus genannt wird (Teilremission, Vollremission) und eine symptomatische und Verlaufspräsentation vorgesehen ist. Um einen chronischen Verlauf zum Ausdruck zu bringen, könnte etwa »Vorliegende, persistierende depressive Episo-

de« kodiert werden (vgl. Müller/Jauch-Chara 2020). Das heißt, bis zur Einführung und Umsetzung der ICD-11 müssen die individuellen Krankheitsverläufe und unternommenen Therapieversuche in Befund- und Entlassungsberichten anderweitig dokumentiert werden.

Dies stellt die behandelnden Mediziner*innen vor massive Schwierigkeiten hinsichtlich der Beurteilung eines Krankheitsverlaufs, seiner Ausformung und der damit einhergehenden Beeinträchtigung der Lebensqualität der erkrankten Person. Auch hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten der chronischen Depression gibt es wenige Studien sowohl bezüglich psychotherapeutischer als auch medikamentöser Verfahren. Es existieren zwar bei Nichtansprechen auf ein primär ausgewähltes Antidepressivum zahlreiche evidenzbasierte Konzepte. Aber wie Müller/Jauch-Chara (2020) in ihrem Artikel über chronische Depression hervorheben, kann die wahllose Aneinanderreihung inadäquat durchgeführter Behandlungsversuche zur Entstehung von Therapieresistenz führen. Das therapeutische Vorgehen sollte daher anhand von Behandlungsalgorithmen erfolgen, in denen nach festgelegten Zeitintervallen die Besserung der depressiven Symptomatik standardisiert gemessen wird und in Abhängigkeit von dem Ergebnis der Übergang in die nächste Behandlungsstufe erfolgt (vgl. NVL 2022). Die Anwendung eines solchen Algorithmus wird nach wie vor nicht konsequent umgesetzt, was eine Begünstigung von Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Depressionen bedeuten kann. Beispielsweise gibt es mit dem sogenannten Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (vgl. Guhn et al. 2022) eine Therapiestrategie, die speziell für Patient*innen mit chronischen Depressionen entwickelt wurde. Hiervon scheinen besonders Patient*innen mit einer frühen negativen Beziehungserfahrung zu profitieren, das heißt, es gibt für eine Teilgruppe, aber nicht für alle Menschen mit chronischen Depressionen eine erfolgsversprechende Behandlungsoption. Allerdings sorgen unzureichende Kenntnis über solche Verfahren sowie personeller und materieller Ressourcenmangel immer wieder für eine unzureichende und unstrukturierte Versorgung chronisch depressiver Patient*innen.

Möglicherweise rührt daher ein Unbehagen hinsichtlich des Rechts auf assistierten Suizid für Menschen mit Depressionen: der Eindruck, dass von staatlicher Seite nicht alles getan worden ist, um angemessenere Möglichkeiten der Behandlung zu schaffen und damit dafür zu sorgen, dass der Symptomkomplex aus Suizidgedanken und -wünschen reduziert wird. Aus dieser Perspektive könnte der Wunsch von Menschen mit chronischen Depressionen nach assistiertem Suizid – plakativ formuliert – als Behandlungsversagen gesehen werden.

2.4 Ursachen von Depressionen

Eine weitere Schwierigkeit stellt die Unklarheit bezüglich der Ursache von Depressionen dar. Dass die Entstehungsbedingungen von Depressionen komplex sind, wird heutzutage durch integrierte Modelle unter Einbeziehung neurobiologischer, psychologischer und sozialer Aspekte berücksichtigt (vgl. Lieb 2019: 208). Auf neurobiologischer Ebene umfassen Erklärungsansätze beispielsweise die Monoaminmangel-Hypothese oder die Annahme veränderter intrazelluläre Signaltransduktionsmechanismen. Zudem gibt es deutliche Hinweise, dass die (Epi-) Genetik eine Rolle spielt, was im Vulnerabilitäts-

Stress-Modell zum Tragen kommt (vgl. Lieb 2019: 209). Demzufolge beeinflussen Stressoren bei Menschen mit einer entsprechenden Disposition das Auftreten und die Aufrechterhaltung der Erkrankung.

Eine andere Auffassung kommt im depressiven Realismus zum Tragen, der davon ausgeht, dass Menschen mit (leichter oder mittelgradiger) Depression die Welt realistischer sehen. Demzufolge haben an Depressionen Erkrankte eine deutlich präzisere Wahrnehmung der Realität, zum Beispiel beim Erkennen emotionaler Gesichter (vgl. Beck et al. 2013). Allerdings zeigen mehrere Studien, dass entsprechende Ergebnisse, die für einen depressiven Realismus sprechen, nicht reproduzierbar sind (vgl. Venkatesh et al. 2018; vgl. Dev et al. 2022).

Je nach Vorstellung über Entstehung und Rolle von Depressionen ändert sich auch der Blick auf die staatliche Rolle. Könnten etwa erhöhte staatliche Schutz- und Präventionsmaßnahmen Stressfaktoren und damit den Ausbruch von Depressionen reduzieren? Oder handelt es sich dabei um eine übermäßige Betonung der gesellschaftlichen Umstände? Es gibt Hinweise darauf, dass Depressionen auch in Ländern, die sich hinsichtlich ökonomischer, politischer, kultureller und anderer Dimensionen unterscheiden, mit einer ähnlichen Häufigkeit von 10 bis 12 Prozent vorliegen, sofern die Erhebungen an die kulturellen und ethnischen Besonderheiten angepasst werden (vgl. MPI 2023). Mit depressiv Erkrankten ist in einer Gesellschaft also immer zu rechnen, unabhängig davon, welcher Stellenwert gesellschaftlichen Umständen bei der Entstehung beigemessen wird. Selbst wenn von gesellschaftlich begünstigenden Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen ausgegangen wird, zum Beispiel in Form von unzureichenden Therapiemöglichkeiten, kann die individuelle Autonomie, die Entscheidungen über das eigene Weiterleben umfasst, zuerkannt werden.

2.5 Suizidwunsch von Menschen mit chronischen Depressionen

Auch ohne Kenntnis der genauen Ursachen gibt es in der Realität Menschen mit chronischen Depressionen, die den Wunsch nach assistiertem Suizid haben. Anders als im Bundesverfassungsgerichtsurteil, in dem es heißt, dass »[e]ine freie Suizidentscheidung [...] zunächst die Fähigkeit voraus[setzt], seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können« (BVerfGE 153, 182, Rn. 241), ist die chronische Depression keine akute psychische Störung. Weiter heißt es, »von einem freien Willen [kann] nur dann ausgegangen werden, wenn der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen ›Dauerhaftigkeit‹ und ›inneren Festigkeit‹ getragen ist.« (BVerfGE 153, 182, Rn. 245). Beide Aspekte, Dauerhaftigkeit und Festigkeit, sind bei chronisch depressiv Erkrankten mit anhaltendem Suizidwunsch vorhanden. Fraglich bleibt in diesem Falle, ob der anhaltende Suizidwunsch Symptom der Erkrankung oder ein anderweitiger, wohlüberlegter, dauerhafter Wunsch ist. Aus rechtlicher Sicht kann jedenfalls eine akute psychische Erkrankung ausgeschlossen werden und der Aspekt der Dauerhaftigkeit ist erfüllt. Was aber ist mit den anderen Aspekten der Freiverantwortlichkeit? Kann eine chronisch depressive Person eine freie Entscheidung zum Suizid treffen?

3. Das Problem der Freiverantwortlichkeit

In der Diskussion um den assistierten Suizid wird immer wieder der Begriff der Freiverantwortlichkeit verwendet. Auch im Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 wird er benutzt (zum Beispiel BVerfGE 153, 182, Rn. 165). Die Freiverantwortlichkeit wird gewissermaßen als Voraussetzung angesehen, um einer suizidwilligen Person den assistierten Suizid rechtlich zu ermöglichen und damit die Option für die tatsächliche Durchführung zu schaffen.

3.1 Psychische Erkrankung und Freiverantwortlichkeit

Grundsätzlich wird psychisch Erkrankten nicht automatisch dauerhaft die Freiverantwortlichkeit abgesprochen, vielmehr sei sie laut Rengier (2021: 213f) gegeben, wenn die Krankheit als geheilt gilt oder wenn nicht krankheitsbedingte Defizite, sondern situationsspezifische Umstände (z.B. wirtschaftliche, gesundheitliche oder sonstige Notlagen) für die Willensbildung entscheidend sind. Was bedeutet diese Argumentation für Menschen mit chronischen Depressionen? Als »geheilt« gelten chronisch depressiv Erkrankte nicht, vielmehr macht der chronische Krankheitsverlauf eine komplette Heilung zunehmend unwahrscheinlich. Menschen mit chronischen Depressionen haben keine Phase der Erkrankungsfreiheit und können insofern nicht den Suizidwunsch aus »geheilte« Perspektive äußern und entsprechend handeln. Hinsichtlich der Argumentation Rengiers (2021), dass »nicht krankheitsbedingte Defizite« für die Willensbildung entscheidend sein sollen, ist dies bei chronisch depressiv Erkrankten schwer auszumachen. Ist ein »Defizit an Lebensmut« krankheitsbedingtes Symptom oder anderweitiger Wunsch, vielleicht sogar Folge der langjährigen Erkrankung? Ferner ist Rengiers Vorstellung, dass situationsspezifische Umstände für die Willensbildung entscheidend sein sollen, in Bezug auf Menschen mit chronischen Depressionen problematisch. Die hier beschriebenen situationsspezifischen Umstände können mit einer chronischen Depressionserkrankung einhergehen: wirtschaftliche Nöte (z.B. durch Verlust des Arbeitsplatzes), gesundheitliche Minderversorgung (z.B. durch Versäumnis von Vorsorgeuntersuchungen), sonstige Notlagen (z.B. Vereinsamung durch sozialen Rückzug) können Folge einer chronischen Depression sein und gleichermaßen zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen. Die situationsspezifischen Umstände sind nicht unbedingt klar von der Erkrankung zu trennen. Auffällig an Rengiers Formulierung ist auch, dass eine psychische Erkrankung anscheinend nicht unter »gesundheitliche Notlage« fällt. Kann eine langjährige, chronische Erkrankung, mit der vielleicht etliche erfolglose Therapieversuche einhergegangen sind, unter Umständen nicht auch als gesundheitliche Notlage deklariert werden? Wenn es also um die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit von Menschen mit chronischen Depressionen geht, erscheinen Rengiers genannte Bedingungen für freiverantwortliches Handeln psychisch erkrankter Suizidwilliger nicht ausreichend.

Vielmehr lohnt es sich, den Blick auf die vier Aspekte der Freiverantwortlichkeit zu richten, wie sie im Urteil des Bundesverfassungsgerichts (2020) genannt werden, und diese hinsichtlich (chronisch) depressiver Erkrankungen zu überprüfen. Freiverantwortlichkeit umfasst dort folgende Aspekte: Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit, Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit.

3.1.1 Dauerhaftigkeit

Über den Aspekt der Dauerhaftigkeit oder inneren Festigkeit, wie es im Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 153, 182, Rn. 244) steht, wurde bereits im Abschnitt zur Depression ausgeführt, dass besonders bei einer chronischen Depression der Wunsch nach Suizid »dauerhaft« und »von innerer Festigkeit getragen« existieren kann. Bei anderen Depressionsformen (z.B. rezidivierender) ist dies auch möglich, im Fall der chronischen Depression wird nur besonders deutlich, wie schwierig es zu eruieren ist, ob ein Suizidwunsch bloßes Symptom der Erkrankung oder ein davon abgrenzbarer Wunsch ist.

3.1.2 Freiwilligkeit und Urteilsfähigkeit

Auch die Begriffe der Freiwilligkeit und Urteilsfähigkeit erfordern einen näheren Blick. So heißt es im Bundesverfassungsurteil, dass eine freie Suizidentscheidung die Fähigkeit zur Bildung eines freien Willens, unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung, sowie die tatsächliche Möglichkeit zu freier Willensentschließung voraussetzt (vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 241). Das heißt, insbesondere Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit müssen gegeben sein. Eine Person mit chronischen Depressionen ist zwar nicht von einer akuten psychischen Störung beeinflusst, aber von einer chronischen. Inwiefern verändert sich dadurch die Bildung des freien Willens und die Fähigkeit, dementsprechend einen Entschluss zu fassen und zu handeln?

Dies wirft die grundlegende Frage nach der Idee des freien Willens auf. Die Formulierung des Bundesverfassungsgerichts, dass eine freie Suizidentscheidung voraussetzt, den Willen frei bilden und entsprechend handeln zu können (vgl. ebd., Rn. 241), nimmt implizit an, dass der gesunde Mensch zur Bildung des freien Willens in der Lage ist. Von einem ganz freien Willen scheint der Gesetzgeber aber keineswegs auszugehen, vielmehr tritt zum Beispiel im Bundesgesetzbuch (BGB) die Idee einer bedingten Willensfreiheit auf (vgl. Neuner 2018). Es gilt beispielsweise das zivilrechtliche Verschuldungsprinzip und eine differenzierte Regelung der Deliktsfähigkeit (vgl. §§827f. BGB). Das heißt, der Gesetzgeber geht weder von einem harten Determinismus noch von einem kompletten Indeterminismus aus. Die bedingte Willensfreiheit scheint also übliche Praxis zu sein. Nur, wie unterscheidet sich dann der (bedingte) freie Wille der Gesunden von jenem psychisch Erkrankter? Hier sorgt die Unterscheidung des Gesetzgebers zwischen »natürlichem Willen« (§1906a Abs. 1, 4 BGB) und »freiem Willen« (§1896 Abs. 1a BGB) für mehr Klarheit. Der »natürliche Wille« wird als Defizienzbegriff gegenüber dem »freien Willen« genutzt, wobei letzterer die bereits erwähnte Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit der*des Betroffenen voraussetzt. Philosophisch kann dieses Konzept mit Harry Gordon Frankfurts Hierarchie des menschlichen Willens untermauert werden (vgl. Frankfurt 1971; vgl. Neuner 2018). Demzufolge kann der Wille in zwei Ebenen gestuft werden, in »simple desires« auf der ersten Stufe und »second-order volitions« auf der zweiten Stufe. Die »simple desires« sind schlichte, unreflektierte Wünsche, sie sind das unmittelbare Wollen, das alle natürlichen Personen im Sinne des BGB gemeinsam haben, und könnten insofern mit dem natürlichen Willen gleichgesetzt werden. Reflektiertes, überlegtes Wollen ist unter den »second-order volitions« zu verstehen, das heißt, aus rechtlicher Perspektive können die Geschäfts- und Deliktsfähigkeit ebenso wie die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit darunter gefasst werden. Damit

wäre der freie Wille als Rechtsbegriff mit den »second-order volitions« abgebildet. Aus rechtlicher Sicht ist der freie Wille aber keine universelle Größe, sondern vielmehr bezieht sich der freie Wille als Rechtsbegriff immer auf einen konkreten Kontext und ist insofern relativ (vgl. Neuner 2018: 24).

Was bedeutet diese Idee des freien Willens nun in Bezug auf Menschen mit Depressionen, insbesondere chronischen Depressionen? Ein Suizidwunsch ist nicht nur notwendigerweise ein »simple desire«, sondern auch als »second-order volition« möglich. Grundsätzlich ist je nach Schwere und Ausprägung der Erkrankung reflektiertes, überlegtes Wollen denkbar. Der Wille kann theoretisch frei und ohne äußere Zwänge gebildet werden, zudem kann ein Entschluss gefasst und es kann entsprechend gehandelt werden. Es kommt allerdings auf die jeweilige Symptomatik an. Neigen depressive Patient*innen beispielsweise zu andauernden Grübelschleifen und Unentschlossenheit, treffen diese Punkte nicht zu. Zudem ist im Rahmen der Erkrankung eingegengtes Denken als mögliches Symptom vorzufinden (vgl. Thomas-Hund 2021). Insofern ist zwar das Wollen im Sinne einer »second-order volition« reflektiert und überlegt, aber der Denkraum ist möglicherweise eingeschränkt. Dies wird besonders in der Diskussion des vierten Aspekts der Freiverantwortlichkeit, der Wohlerwogenheit, deutlich.

3.1.3 Wohlerwogenheit

Ob bei einer Person die Fähigkeit besteht, einer Entscheidungssituation eine persönliche und angemessene Bedeutung beizumessen, soll durch die Beurteilung der Wohlerwogenheit erfasst werden. Ziel der Berücksichtigung der Wohlerwogenheit einer Entscheidung ist es, emotionale und motivationale Faktoren genauer zu prüfen, da jene besonders im Rahmen von affektiven Störungen beeinträchtigt sein können. Bei einer Entscheidung zum assistierten Suizid muss die Fähigkeit, die Alternativen zu sehen und gegeneinander abzuwägen, laut Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 153, 182) gegeben sein. Damit verbunden ist die Vorstellung, dass die suizidwillige Person therapeutische und anderweitige Unterstützungsoptionen und damit verbundene Genesungschancen adäquat einschätzen und sich über Tragweite des assistierten Suizids in seiner Endgültigkeit bewusst werden kann.

Eine chronisch depressive Person kann möglicherweise nicht im selben Ausmaß wie eine gesunde Person Handlungsalternativen in Betracht ziehen, da für sie bestimmte Optionen nicht mehr vorstellbar sind, zum Beispiel nach mehrjähriger erfolgloser Behandlung die Aussicht auf Besserung durch einen neuen Therapieversuch. Die Wohlerwogenheit der Entscheidung muss damit nicht zwangsläufig beschränkt sein, sofern die*der Patient*in um die Therapieoption weiß, diese betrachtet, aber nicht mehr als echte Alternative beurteilt und sich schließlich dagegen entscheidet. Eine Person kann auch insofern von ihrer persönlichen Autonomie Gebrauch machen, als dass sie sich entscheidet, nicht mehr alle Möglichkeiten in Betracht ziehen zu wollen.

An diesem Punkt können die Schutzfunktion des Staates für das Rechtsgut Leben und die Wahrung der Autonomie des Einzelnen im Konflikt stehen. Aus (rechts-)staatlicher Sicht soll vermieden werden, dass sich eine Person suizidiert, die nicht erkennt, dass es noch ernsthafte Behandlungsoptionen gibt. Darin kann aber auch die Idee stecken, dass es eine Art Genesung (»recovery«) geben kann. Bei Patient*innen, die viele Jahre mit der Erkrankung verbracht und mehrere Therapien ohne Erfolge durchlaufen ha-

ben, stellt sich die Situation möglicherweise anders dar: Eine weitere Behandlung kann als »futile«, also aussichts- beziehungsweise wirkungslos eingestuft werden (vgl. SAMW 2021). Das heißt, dass Patient*in und Behandler*in zu der Einschätzung gelangen, dass selbst bei optimaler Behandlung die*der Patient*in nicht mehr profitiert oder dass die Belastungen durch eine weitere Behandlung den Nutzen überwiegen.

Zudem ist das, was als »angemessene« Zuschreibung von persönlicher Bedeutung hinsichtlich der Entscheidungssituation gewertet wird, auch abhängig von derjenigen Person, welche die Wohlerwogenheit feststellen soll. Schließlich gibt es keine eindeutig objektiven Kriterien zur Beurteilung persönlicher Bedeutung. Damit kommen wir zu einer weiteren Herausforderung in den Überlegungen zum assistierten Suizid für Menschen mit Depressionen: zu der Feststellung der Freiverantwortlichkeit durch ärztliches Personal.

3.2 Beurteilung der Freiverantwortlichkeit durch ärztliches Personal

Damit Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf assistierten Suizid zugesprochen wird, soll Freiverantwortlichkeit gegeben sein. Die oben genannten Aspekte der Freiverantwortlichkeit (Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit, Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit) können damit als Versuch des Bundesverfassungsgerichts gesehen werden, die Autonomiefähigkeit einer Person sicherzustellen. Konkret bedeuten diese Vorgaben aber auch, dass jemand die Freiverantwortlichkeit beurteilen muss, was in Deutschland (voraussichtlich) durch ärztliches Personal erfolgt. Wie gut können aber Ärzt*innen die Freiverantwortlichkeit einer Person feststellen? Hierzu gibt es als Hilfsmittel aus der Schweiz etwa das U-Doc Formular, in dem unterschiedliche Dimensionen abgefragt und beurteilt werden, nämlich die Erkenntnisfähigkeit, die Wertungsfähigkeit sowie die Willensbildung und -umsetzung (vgl. SAMW 2019). Während bei bestimmten Erkrankungen besonders die Erkenntnisfähigkeit betroffen ist, zum Beispiel in einer Psychose, ist für die (chronische) Depression besonders die Wohlerwogenheit (entspricht der Wertungsfähigkeit) von besonderer Bedeutung. In dem Formular wird selbige nochmals unterteilt in die Kategorien »Bezug zu eigenen Werthaltungen«, »lebensgeschichtliche Einordnung«, »Informationsgewichtung/ Entscheidungsgründe«, »affektive Beteiligung«. Während diese Unterteilung mehrere Aspekte aufgreift, die für die chronische Depression von besonderer Bedeutung sind (z.B. Einordnung der gegenwärtigen Lebenssituation im Kontext der bisherigen Krankheitsgeschichte, Klarheit darüber, warum bestimmte Aspekte wie gewichtet werden), stellt der Abschnitt »Affektive Beteiligung« eine besondere Herausforderung dar. Hier soll dem Formular zufolge eine Person eine »angemessene Affektintensität« und »einfühlbar affektive Reaktion« hinsichtlich des Entscheidungsprozesses zeigen. Depressionen zählen zu den affektiven Störungen, das heißt, der Affekt kann gemindert sein, besonders im Rahmen einer chronischen Depression. Hier stellt sich für die beurteilende Person die kaum zu bewältigende Herausforderung, die Intensität des Affekts als angemessen zu beurteilen. Zudem müssen Ärzt*innen beurteilen, ob die affektive Reaktion für sie einfühlbar ist. Hieraus ergibt sich ein massives Problem der intersubjektiven Nachvollziehbar- und Vergleichbarkeit, was es aus ärztlicher Sicht schwierig gestaltet, unterschiedlichen Personen gerecht zu werden. Aus Sicht von Menschen mit

chronischen Depressionen kann der Anspruch, dass die eigene Affektlage von Ärzt*innen nachvollzogen werden soll, als Beschneidung der Autonomie beziehungsweise als gewisse Diskriminierung empfunden werden. Schließlich schränkt die Erkrankung ja gerade ein, behindert gewissermaßen, sich affektiv angemessen zu äußern. Verhindert damit die Natur der Erkrankung, dass ein aufrichtiger Patientenwunsch ausreichend von der beurteilenden Person nachvollzogen werden kann? Darüber hinaus ergibt sich insofern in der Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in eine Schwierigkeit, als dass Patient*innen sich möglicherweise qua Bildungsstand, Ausdrucksfähigkeit oder Ähnlichem nicht in der Form mitteilen können, in der es Ärzt*innen verstehen und nachvollziehen können. Zudem ist das ärztliche Personal selbst wiederum beschränkt durch seine subjektiven Erwartungen, das heißt das, was sie jeweils gelernt haben und als angemessen betrachten. Je nach persönlicher Einstellung kann von ärztlicher Seite die Patientenautonomie als Teil des Patientenwohls verstanden werden und insofern zu schwierigen Abwägungsprozessen führen. Im Rahmen des U-Doc Formulars wird immerhin nach der Haltung der beurteilenden Person gefragt, sodass sie sich über »persönliche und weltanschauliche Grenzen« (Thomas-Hund 2021: 187) klar werden und überprüfen kann, inwiefern davon die Entscheidung beeinflusst ist. Generell ergeben sich hohe Anforderungen an Beurteilende hinsichtlich Kompetenz sowie zeitlicher und finanzieller Ressourcen. In diesem Sinne stellt die Feststellung der Freiverantwortlichkeit von Menschen mit chronischen Depressionen nicht nur hinsichtlich theoretischer Überlegungen, sondern auch bezüglich der Praxis eine große Herausforderung dar.

Fazit und Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen legen das Augenmerk auf die Frage, ob der assistierte Suizid für (chronisch) depressive Menschen möglich sein sollte. Rechtlich handelt es sich hierbei um einen nicht ganz eindeutigen Bereich, sodass eine eingehendere Auseinandersetzung vonnöten ist.

Die Relevanz des Themas wurde auch durch die prominente Erwähnung von Depressionen im Bundesverfassungsgerichtsurteil (BVerfGE 153, 182) verdeutlicht. Die dort angeführten Zahlen sind, wie im ersten Abschnitt herausgearbeitet wurde, allerdings nicht unhinterfragt auf den assistierten Suizid bei psychisch Erkrankten übertragbar. Alternative Erhebungsmethoden wie etwa qualitative Ansätze, die sich um ein Verständnis von Suizid über psychische Störungen hinaus bemühen und dabei systematisch die Beziehungen (einer möglichst großen Anzahl) von Informationsgeber*innen zu der*dem jeweiligen Verstorbenen analysieren, wären eine mögliche Alternative zu den bislang durchgeführten Autopsiestudien. Darüber hinaus ist die Studienlage zu assistiertem Suizid bei Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst in Ländern, in denen der assistierte Suizid bereits seit Jahren legal ist, dünn oder wenig differenziert. Zum Beispiel wird häufig nicht genau unterschieden, ob psychische Ursachen Haupt- oder Begleiterkrankungen waren. Der Prozess der Legalisierung und Implementierung des assistierten Suizids sollte also besonders im Hinblick auf psychische Erkrankungen von entsprechenden Evaluationsinstitutionen begleitet werden.

Die genauere Beschäftigung mit der Diagnostik und Dokumentation depressiver

Erkrankungen zeigt, dass das bisherige System (ICD-10) der Diagnose »chronische Depression« nicht Rechnung getragen hat. Mit der Umsetzung von ICD-11 dürfte ein Teil dieses Problems gelöst werden, indem genauere und differenziertere Diagnosen vergeben werden können. Als Herausforderung bleibt der Umgang mit der Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der individuellen Krankheitsverläufe von bislang erkrankten Patient*innen, was hinsichtlich therapeutischer Optionen und der Beurteilung eines Krankheitsverlaufs bei Wunsch nach assistiertem Suizid relevant ist. Bezüglich der Therapiemöglichkeiten bleibt anzumerken, dass für chronische Depressionen bereits Behandlungsalgorithmen entwickelt worden sind, die aber noch nicht flächendeckend angewandt werden. Eine bessere, strukturierte Versorgung chronisch depressiver Patient*innen könnte die Entwicklung von Therapieresistenzen senken (u.a. durch die Vermeidung der wahllosen Aneinanderreihung von Antidepressiva) und damit möglicherweise auch das Aufkommen suizidaler Gedanken. Ein Kernproblem kann oft nicht eindeutig geklärt werden, nämlich ob der Suizidwunsch ein Nebensymptom der Depression ist oder ein davon unabhängiger Wunsch oder ein durch die negativen Folgen aus der Erkrankung (z.B. Arbeitsunfähigkeit) entstandener Wunsch. Vielleicht ist die genaue Klärung im Falle der chronischen Depression weniger relevant, vielmehr ist es nötig, jeweils nachzuvollziehen, wie Krankheits- und Behandlungsverlauf der Patient*innen bis zum aktuellen Zeitpunkt gewesen sind.

Ob eine chronisch depressive Person Zugang zu assistiertem Suizid haben sollte, hängt rechtlich von der jeweiligen Fähigkeit zur Freiverantwortlichkeit ab. Um sich dieser Frage anzunähern, wurden die Aspekte Dauerhaftigkeit, Freiwilligkeit, Urteilsfähigkeit und Wohlerwogenheit näher betrachtet. Es wurde deutlich, dass der freie Wille aus rechtlicher Sicht auch bei Gesunden nur ein bedingt freier Wille ist, der im Sinne von Frankfurts (1971) »second-order volitions« verstanden werden kann. Es zeigt sich, dass Menschen mit chronischen Depressionen grundsätzlich zur Bildung eines freien Willens in der Lage sind. Herausforderungen können hinsichtlich der Wohlerwogenheit auftreten, die krankheitsbedingt deutlich eingeschränkt sein kann (aber nicht eingeschränkt sein muss). Ferner ist die Rolle des ärztlichen Personals kritisch zu überprüfen, da sie diejenigen sind, die in Deutschland (voraussichtlich) die Freiverantwortlichkeit von Menschen mit chronischen Depressionen beurteilen. Besonders der Aspekt der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit einer affektiven Reaktion ist in diesem Zusammenhang fragwürdig. Wenn von ärztlicher Seite eine entsprechende Beurteilung vorgenommen werden soll, dann ist in besonderem Maße geschultes und sensibilisiertes Personal nötig.

Die Beurteilungen des Wunsches nach assistiertem Suizid bei Menschen mit chronischen Depressionen sind vielfältig und reichen von gesellschaftlichem Versagen aufgrund mangelnder Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur Wertung als gesellschaftliche Errungenschaft durch die Stärkung der individuellen Autonomie. Insgesamt zeigt sich, dass die Frage, ob der assistierte Suizid für Menschen mit (chronischen) Depressionen zulässig sein sollte, vielschichtiger Natur ist. Eine bessere Studienlage und eine bessere Versorgungslage für chronisch Depressive sind ebenso nötig wie die Auseinandersetzung mit teilweise widersprüchlichen Aspekten, wie etwa der Frage nach der Ursache des Suizidwunsches bei chronisch Depressiven, die nicht eindeutig geklärt werden können.

Literatur

- Beck, T./Mitmansgruber, H./Kumrig, M./Schüßler, G.: »Depressive sehen besser – der Einfluss der Stimmung auf das Erkennen emotionaler Gesichter«, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 59(3) (2013), S. 247–253.
- BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343, https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, abgerufen am 20. Mai 2023.
- Böhning, André: Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Bern: Hogrefe Verlag 2021.
- Calati, R./Olié, E./Dassa, D. et al.: »Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature«, in: Journal of Psychiatric Research 135 (2021), S. 153–173.
- Dev, A. S./Moore, D. A./Johnson, S. L. et al.: »Sadder ≠ Wiser: Depressive Realism Is Not Robust to Replication«, in: Collabra: Psychology 8(1) (2022), S. 38529.
- Franklin, J. C./Ribeiro, J. D./Fox, K. R. et al.: »Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research«, in: Psychological Bulletin 143(2) (2017), S. 187–232.
- Frankfurt, H. G.: »Freedom of the Will and the Concept of a Person«, in: The Journal of Philosophy 68(1) (1971), S. 5–20.
- Frei, A./Schenker, T./Finzen, A. et al.: »Assisted suicide as conducted by a ›Right-to-Die‹ society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases«, in: Swiss Medical Weekly 131 (2001), S. 375–380.
- Guhn, Anne/Köhler, Stephan/Klein, Jan Philipp: »CBASP – eine evidenzbasierte und praxisorientierte Einführung«, in: PSYCH up2date 16 (2022), S. 341–361.
- Hjelmeland, H./Dieserud, G./Dyregrov, K./Knizek, B. L./Leenaars, A. A.: »Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed?«, in: Death Studies 36(7) (2012), S. 605–26.
- Jacobi F./Höfler M./Strehle J. et al.: »Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul ›Psychische Gesundheit‹ (DEGS1- MH)«, in: Der Nervenarzt 87 (2016), S. 88–90.
- Lieb, Klaus: »Affektive Störungen«, in: Klaus Lieb/Sabine Frauenknecht (Hg.), Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie 9. Auflage, München: Elsevier 2019.
- Lindner, R.: »Bilanzsuizid«, in: https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Vera_nstaltungen/anhoerung-17-12-2020-lindner.pdf vom 17.12.2020.
- Milner, Allison/Sveticic, Jerneja/De Leo, Diego: »Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries«, in: The International Journal of Social Psychiatry (2012), <https://doi.org/10.1177/0020764012444259>.
- MPI (Max-Planck-Institut für Psychiatrie): »Depression«, in: <https://www.psych.mpg.de/840900/depression> vom 25.05.2023.
- Müller, F. J./Jauch-Chara, K.: »Chronische Depression – Klassifikation und therapeutische Maßnahmen«, in: PSYCH up2date, 14(03) (2020), S. 239–252.
- NVL (Nationale VersorgungsLeitlinie): »Unipolare Depression, Version 3«, in: <https://www.leitlinien.de/themen/depression> vom 29.09.2022.
- Neuner, Jörg: »Natürlicher und freier Wille: eine Studie zum bürgerlichen Recht«, in: AcP 218(1) (2018), S. 1–31.

- Plass D./Vos T./Hornberg C. et al.: »Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland«, in: Deutsches Ärzteblatt 111 (2014), S. 629–638.
- Polidori, M.C./Meyer, A.M.: »Depression«, in: W. Maetzler/R. Dodel/A. Jacobs (Hg.), Neurogeriatrie. Berlin, Heidelberg: Springer 2019.
- Rengier, Rudolf: »Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Die strafrechtliche Perspektive in Deutschland«, in: Andreas Böhning (Hg.), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 207–222.
- SAMW: U-Doc: Hilfsmittel zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit 2019, <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>, abgerufen am 20. Mai 2023.
- SAMW: »Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin«, in: Swiss Academies Communications, 16 (6) (2021).
- Schneider, F.: »Psychiatry under National Socialism: remembrance and responsibility«, in: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 261 (2011), S. 111–118.
- Schneider, F./Erhart, M./Hewer, W. et al.: »Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill – a German registry study«, in: Deutsches Ärzteblatt International 116 (2019), S. 405–11, 10.3238/arztebl.2019.0405.
- Teismann, Tobias/Dorrmann, Wolfram: Suizidalität. 2., aktualisierte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021.
- Thomas-Hund, Christiane: »Die Bestimmung der Urteilsfähigkeit bei psychischer Erkrankung«, in: Andreas Böhning (Hg.), Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 167–184.
- Venkatesh, S./Moulds, M./Mitchell, C.: »Testing for Depressive Realism in a Clinically Depressed Sample«, in: Behaviour Change, 35(2) (2018), S. 108–122.
- World Health Organization: International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10), 2019, <https://icd.who.int/browse10/2019/en>, abgerufen am 20. Mai 2023.
- World Health Organization: International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11), 2022, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, abgerufen am 20.05.2023.

Teil IV: Normative Begriffe

Frage aus Sicht von Pflegeheimen nach dem Umgang mit Wünschen gesunder alter Menschen nach assistiertem Suizid

Ich arbeite seit fast zwei Jahrzehnten in einem Seniorenheim. Wie in allen Alten- und Pflegeheimen, so kennen auch wir Fälle, in denen Bewohner*innen ihr Leben beenden wollen – das kann mehr oder weniger versteckt sein, sie nehmen dann nicht mehr ihre Medikamente, trinken nicht mehr, versuchen, sich aus dem Fenster zu stürzen. Ich bemerke aber einen Wandel, es wird vermehrt offener darüber gesprochen, ich höre dann von Hochbetagten so manches Mal den Satz »Wofür lebe ich denn noch, wann darf ich denn endlich gehen? Kann mir denn keiner helfen, dass endlich Schluss ist?« Und das sind dann keine schwer Kranken, keine unheilbar Leidenden. Das ist dann einfach die 95-Jährige, die ihren Mann, ihre Freunde, manchmal ihre Kinder hat sterben sehen. Oder da ist der hochbetagte Vater, der seinem Sohn nicht zur Last fallen will, der sagt: »Ich sehe doch, dass mein Sohn seine eigene kleine Familie vernachlässigen muss, um mich hier zu bespaßen. Das wollte ich nie, immer wollten meine Frau und ich, dass er glücklich und frei leben kann. Nicht so wie wir, die wir unser eigenes Leben, unsere junge Familie, unsere Beziehung immer hintenangestellt haben, um die Altenteiler zu pflegen.« Das sind dann schwierige Gespräche. Hinzu kommt, dass dafür eigentlich keine Zeit eingeplant ist.

Wenn ich dann höre, dass im Zuge der Diskussion um eine Regelung des assistierten Suizids auch über eine Stärkung der Suizidvorsorge gesprochen wird, frage ich mich, wie wir das in den Seniorenheimen leisten sollen. Sollen wir unsere Bewohner*innen an Beratungsstellen verweisen, wo sie lange auf einen Termin warten müssen? Wenn ich aber für mich bedenke, was würde ich mir im Alter in einer ähnlichen Situation wünschen, würde ich vielleicht auch wollen, dass mir einfach jemand hilft, schneller zu sterben?

»Die, die es zu Ende bringt.«

Buchbesprechung zu Michela Murgia¹: *Accabadora*

Claudia Bozzaro

Im Zentrum der Erzählung *Accabadora* von Michela Murgia steht das Verhältnis von zwei Frauen zueinander: der lebenserfahrenen älteren Schneiderin Bonaria Unnai und Maria Listru, die bei ihr zur jungen Frau heranwächst. Bonaria nimmt Maria, viertes Kind einer bettelarmen Witwe als »fill'e anima« zu sich. Im armen ländlichen Sardinien der Fünfziger Jahre war es eine durchaus verbreitete Praxis, dass kinderreiche, aber arme Familien eines ihrer Kinder an kinderlose Menschen gaben, die für diese besser sorgen konnten. Der Anfang der Erzählung ist ganz auf die Beschreibung der Beziehung fokussiert, die sich zwischen der älteren Frau und dem Kind entwickelt. Subtil thematisiert Murgia dabei die Frage, was authentische Familien- beziehungsweise Sorge-Verhältnisse auszeichnet: Ist die biologische Herkunftsfamilie das Entscheidende oder die soziale Bezugsperson, die sich um einen kümmert? Diese Frage wird im Buch relativ eindeutig beantwortet, als Maria Bonaria nicht mehr nur als »Tzia« (Tante), sondern als Mutter bezeichnet.

Doch allmählich wird deutlich, dass das eigentliche Thema des Buches ein anderes ist, nämlich die Frage danach, ob und wann es gerechtfertigt sein kann, einem anderen Menschen auf dessen Wunsch hin beim Sterben zu helfen. Bonaria ist nämlich nicht nur als Schneiderin im kleinen, fiktiven Ort Soreni tätig, sondern als *Accabadora*.

Die *Accabadora* ist eine Figur, über deren tatsächliche Existenz beziehungsweise Rolle in der Sardischen Kultur unter Historiker*innen und Anthropolog*innen keine Einigkeit besteht (vgl. Cinus/Demontis/Marini 2021). Ob Mythos oder Realität, so sind die Erzählungen darüber, wie die *Accabadora* vorgegangen sind, doch recht ähnlich: Sie kamen stets nachts auf Zuruf der Sterbenden und deren Familie. Im Zimmer der Sterbenden mussten alle Heiligenfiguren entfernt werden, da man diese eher als Schutzheilige des Lebens verstand, die unter Umständen die Sterbenden am Sterben hinderten. Die

1 Am 10. August 2023, während ich dabei war, diesen Kommentar zu verfassen, wurde in den italienischen Medien die Nachricht des Versterbens von Michela Murgia bekanntgegeben. Sie ist im Alter von nur 51 Jahren einem Krebsleiden erlegen. Michela Murgia war nicht nur eine begabte Schriftstellerin, sondern auch eine beeindruckende Persönlichkeit, die sich in der italienischen Öffentlichkeit für Freiheitsrechte eingesetzt hat.

Accabadora waren im Besitz eines Holzhämmerchens und eines Brettes, das sie unter den Kopf der* des Sterbenden legten und mit denen sie wortwörtlich den Todesstoß versetzten. Die Accabadora war als Figur respektiert und ihre Tätigkeit wurde mit der einer Hebamme verglichen: So wie die eine den Menschen ins Leben hilft, hilft die andere ihnen hinaus.

Bonaria ist eine Accabadora und verkörpert das archaische Sardinien, wobei deutlich ist, dass die archaischen Bräuche nach klaren Regeln durchgeführt werden mussten und – darauf weist Murgia besonders hin – auf Wunsch der Sterbenden. In Rahmen der Erzählung wird Bonaria zum zweiten Mal nachts gerufen. Sie eilt zur Familie eines Sterbenden, die alles für den letzten Akt vorbereitet hat. Doch als die Familie den Raum verlassen hat und Bonaria mit dem Sterbenden allein bleibt, stellt sich heraus, dass sie doch nicht auf dessen Wunsch hin gerufen wurde. Die Last der Angehörigen ist und darf nicht der Grund für ihre Tätigkeit sein, es geht nur um den Sterbenden. Erboast verlässt Bonaria das Haus, nicht ohne vorher einen Fluch über die Angehörigen ausgesprochen zu haben.

Doch auch wenn es klare Regeln für ihre Tätigkeit zu geben scheint, so kommt auch Bonaria an ihre Grenzen, als sie mit der Anfrage des Jungen Nicola konfrontiert wird. Nicola ist im Zusammenhang eines Familienstreits angeschossen worden und hat infolgedessen ein Bein verloren. Ein Leben als Krüppel kann und will er sich nicht vorstellen. Er will lieber sterben als eine Last für andere zu sein und ein Leben zu führen, welches er verabscheut. Bonaria, die den Jungen immer sehr gemocht hat, ist über seine Anfrage zunächst erschrocken und lehnt diese ab. Doch die Frage, wann und ob aus der Sicht einer* eines Einzelnen das eigene Leben noch als lebenswert erscheint, lässt sie nicht mehr los. Der klar formulierte und dauerhafte Sterbewunsch von Nicola veranlasst sie, ihm letztlich doch zu helfen, wenn auch unter Tränen und großem Schmerz. Bonaria muss in der Folge auch selbst einen hohen Preis für diese Hilfeleistung zahlen. Als Maria erfährt, dass Bonaria als Accabadora tätig ist und Nicola Hilfe zum Sterben gegeben hat, ist sie über diese aus ihrer Sicht moralisch eindeutige Grenzüberschreitung so empört, dass sie Bonaria, das Dorf und Sardinien verlässt, denn, so Maria: »Es gibt Dinge, die man tut, und solche, die man nicht tut.«

Maria kommt erst Jahre später nach Soreni zurück, um ihre Pflicht gegenüber der mittlerweile pflegebedürftigen Bonaria zu erfüllen. Sie pflegt sie über Jahre mit großer Hingabe und erkennt dabei, dass die Frage, welche Dinge man tut und welche man nicht tut, sich doch nicht immer so eindeutig beantworten lässt.

Literatur

Murgia, Michela: *Accabadora*, Turin: Einaudi 2009.

Murgia, Michela: *Accabadora*, ins Deutsche übersetzt von Julia Brandestini, Berlin: Wagenbach 2010.

Cinus, A./Demontis R./Marini, A./Staffa, M: *Accabadora. Mito e realtà: Storia e reperti di un ritrovamento*. o.O.: Isolapalma (2021).

Fürsorge und Autonomie als normative Grundlagen von assistiertem Suizid¹

Esther Braun

Einleitung

Assistierter Suizid sowie Tötung auf Verlangen sind in den letzten Jahren in einer wachsenden Zahl von Ländern legalisiert worden. In einigen dieser Länder ist unheilbares Leiden an einer Erkrankung ein notwendiges rechtliches Kriterium für den Zugang zu assistiertem Suizid beziehungsweise Tötung auf Verlangen. Dieses Kriterium basiert auf dem in der medizinethischen Literatur verbreiteten Argument, dass assistierter Suizid unter anderem deshalb gerechtfertigt sei, weil er unheilbares Leiden lindern und somit im besten Interesse der Person sein könne (vgl. Sumner 2011; vgl. Davis und Mathison 2020).

Ein häufig angeführtes ethisches Argument für die Zulässigkeit des assistierten Suizids bezieht sich auf den Respekt für eine autonome Entscheidung über die Umstände des eigenen Todes. Dementsprechend wird eine autonome Entscheidung für assistierten Suizid ebenfalls als eine Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid angesehen, was sich in rechtlichen Zugangskriterien wie Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit widerspiegelt (vgl. Emanuel et al. 2016). In der medizinethischen Literatur sowie in rechtlichen Regelungen wird Autonomie jedoch in der Regel nicht als hinreichend für die ethische oder rechtliche Zulässigkeit des assistierten Suizids angesehen.

Das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 zum assistierten Suizid weicht von dieser verbreiteten, auf Fürsorge und Autonomie basierenden Rechtfertigungsstrategie ab. Das Urteil begründet die Zulässigkeit von assistiertem Suizid rein auf Basis von Autonomie und erklärt, dass assistierter Suizid durch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gerechtfertigt sei (vgl. BVerfG 2020). Dieser autonomiebasierte Ansatz lässt keine pauschalen Zugangsbeschränkungen in Bezug auf das Leiden oder die medizinische Diagnose der Person zu.

1 Dieser Beitrag basiert auf, erweitert und aktualisiert die folgenden englischsprachigen Publikationen: Braun (2023), Braun et al. (2022), Braun et al. (2023).

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über fürsorge- und autonomiebasierte Begründungsansätze für die Zulässigkeit von assistiertem Suizid. Ich zeige, wie sich fürsorge- und autonomiebasierte Ansätze voneinander unterscheiden und welche Zugangskriterien für assistierten Suizid jeweils aus ihnen hervorgehen. Ich weise zudem auf das sogenannte Expressions-Argument gegen einen fürsorgebasierten Begründungsansatz für assistierten Suizid hin und erkläre, wie dieses Argument durch einen autonomiebasierten Ansatz umgangen werden kann. Abschließend diskutiere ich, welche Konsequenzen sich aus einem autonomiebasierten Ansatz, wie er durch das Bundesverfassungsgericht vertreten wird, in der Praxis ergeben können.

Fürsorgebasierter Ansatz

In der Medizinethik wird häufig angenommen, dass assistierter Suizid dann zulässig ist, wenn er im besten Interesse einer Person ist, weil er ihr Leiden beendet beziehungsweise weiteres zukünftiges Leiden verhindert (vgl. Brock 1992; vgl. Gunderson und Mayo 2000; vgl. Sumner 2011; vgl. Bullock 2015; vgl. Sumner 2017). Befürworter*innen der Legalisierung von assistiertem Suizid gehen in der Regel nicht davon aus, dass assistierter Suizid immer ethisch gerechtfertigt ist, sondern dass er nur dann gerechtfertigt ist, wenn assistierter Suizid im besten Interesse der Person liegt. Zusätzlich muss der Wunsch nach assistiertem Suizid selbstbestimmt sein – dies wird in der Regel jedoch nicht als hinreichend für die Zulässigkeit von assistiertem Suizid angesehen.

Für gewöhnlich wird davon ausgegangen, dass assistierter Suizid dann im besten Interesse einer Person ist, wenn sie aufgrund einer unheilbaren Erkrankung oder Behinderung unerträglich leidet. In den Niederlanden, in Belgien, Luxemburg und Kanada ist dies eine notwendige rechtliche Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid (vgl. Emanuel et al. 2016). In den Niederlanden, wo assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen seit mehreren Jahrzehnten legal sind, stellt die Linderung von Leiden die primäre rechtliche Rechtfertigung dieser Praxen dar. Assistierter Suizid ist gemäß der niederländischen Regelung nur dann zulässig, wenn die ärztliche Pflicht, Leben zu erhalten, mit der Pflicht, Leiden zu lindern, kollidiert (vgl. Braun et al. 2022; vgl. Florijn 2022). Im Fall eines Konflikts zwischen diesen beiden Pflichten ist assistierter Suizid zulässig. Diese Rechtfertigung für assistierten Suizid stützt sich in erster Linie auf die Pflicht, unerträgliches und unheilbares Leiden zu beenden beziehungsweise zu verhindern. Es wird also angenommen, dass Ärzt*innen im besten Interesse von Patient*innen handeln können, wenn sie assistierten Suizid leisten.

Dieser fürsorgebasierte Ansatz scheint davon auszugehen, dass assistierter Suizid objektiv gut für eine Person sein kann. Jedoch ist nicht unmittelbar ersichtlich, inwiefern der Tod gut für eine Person sein kann, da die Person schließlich mit ihrem Tod aufhört zu existieren. Dies lässt sich unter Bezugnahme auf die Deprivationstheorie erklären, einer gängigen philosophischen Erklärung dafür, warum der Tod gut oder schlecht für jemanden sein kann. Dieser Ansatz vergleicht das tatsächliche Leben einer Person mit einem alternativen Leben, in dem sie zu einem späteren Zeitpunkt gestorben wäre. Demnach ist der Tod schlecht für eine Person, wenn er sie einer Zukunft beraubt, die insgesamt eine positive Bilanz an Wohlergehen enthalten hätte (vgl. Bradley 2004). Umgekehrt ist

der Tod dann gut für eine Person, wenn er eine Zukunft verhindert, die voraussichtlich insgesamt eine negative Bilanz an Wohlergehen enthalten hätte. Um festzustellen, ob der Tod gut oder schlecht für eine Person wäre, müssen wir also Vorhersagen darüber treffen, wie ihre Zukunft wahrscheinlich verlaufen würde. Ein (teilweise) auf Fürsorge basierender Begründungsansatz für assistierten Suizid erfordert daher eine objektive Beurteilung des Leidens der Person und der Wahrscheinlichkeit, dass ihr Leiden auf unbestimmte Zeit andauern wird. Ein solcher Ansatz muss somit objektive Kriterien aufstellen, die sicherstellen, dass assistierter Suizid im besten Interesse der Person ist. Der Deprivationstheorie folgend ist das zentrale Kriterium hierfür das Leiden der Person, das zu einer signifikanten Reduktion ihres Wohlergehens führt und mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft andauern wird.

Teils wird argumentiert, dass assistierter Suizid nur dann als im besten Interesse einer Person angesehen werden kann, wenn sie an einer terminalen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidet (vgl. Jansen et al. 2019). Dies spiegelt sich in verschiedenen rechtlichen Regelungen wider: In mehreren US-amerikanischen Bundesstaaten ist eine terminale Erkrankung mit einer Lebenserwartung von unter sechs Monaten Voraussetzung für Zugang zu assistiertem Suizid.

Wie ist diese Einschränkung unter Berücksichtigung der Deprivationstheorie zu bewerten? Es erscheint nachvollziehbar, assistierten Suizid als im besten Interesse einer Person zu bewerten, wenn durch ihn wenige letzte Lebensmonate mit niedriger Lebensqualität verhindert werden. Das voraussichtliche Leiden in ihren letzten Monaten nicht erleben zu müssen, kann als zum Wohl einer Person verstanden werden. Jedoch erscheint es nicht plausibel, anzunehmen, dass assistierter Suizid nur dann im besten Interesse einer Person sein kann, wenn ihre Lebenserwartung sehr gering ist. Assistierter Suizid erspart einer Person mit einer terminalen Erkrankung ein begrenztes Ausmaß zukünftigen Leidens, da sie nur noch kurze Zeit zu leben gehabt hätte. Im Gegensatz hierzu wird eine Person mit einer terminalen, aber nicht unheilbaren Krankheit höchstwahrscheinlich noch viele weitere Jahre leben, in denen ihr Leiden andauert. Das kumulative Ausmaß ihres Leidens ist somit wesentlich höher als bei einer Person mit einer terminalen Erkrankung. Gemäß der Deprivationstheorie ist der Tod dann besonders schlecht für eine Person, wenn ihre Zukunft ein hohes Maß an Wohlergehen enthält (vgl. Bradley 2008). Analog hierzu kann assistierter Suizid dann als besonders gut für eine Person beurteilt werden, wenn er ein höheres Maß an Leiden in der Zukunft verhindert. Eine Person mit einer längeren Lebenserwartung würde dementsprechend einen größeren Nutzen aus assistiertem Suizid ziehen, da das Ausmaß des künftigen Leidens, das ihr Tod verhindert, höher ist als bei einer Person mit einer begrenzten Lebenserwartung aufgrund einer unheilbaren Erkrankung.

Das Vorliegen einer terminalen Erkrankung scheint somit kein notwendiges Kriterium dafür zu sein, dass assistierter Suizid im besten Interesse einer Person ist. Stattdessen kann dieses Kriterium vielmehr als Schutzmaßnahme verstanden werden, die das Risiko von Fehleinschätzungen bezüglich der Frage, ob assistierter Suizid zum Wohl einer Person wäre, verringern soll (vgl. Kiouss/Battin 2019). Wenn der Tod einer Person unmittelbar bevorsteht, scheint es einfacher zu sein, akkurate Vorhersagen über ihr Wohlergehen während ihres restlichen Lebens zu treffen, während es schwieriger sein kann, ihr längerfristiges zukünftiges Wohlergehen akkurat einzuschätzen, wenn ihr Tod wei-

ter in der Zukunft liegt (vgl. Davis und Mathison 2020). Jansen et al. (2019) argumentieren daher, dass der Zugang zu assistiertem Suizid auf Personen mit terminalen Erkrankungen beschränkt werden sollte, da assistierter Suizid eindeutig in deren bestem Interesse liege, während das Risiko einer Fehleinschätzung bei Patient*innen mit unheilbaren, aber nicht terminalen Erkrankungen höher sei.

Wenn eine terminale Erkrankung ein notwendiges Zugangskriterium ist, kann das Risiko geringer sein, dass Personen Beihilfe zum Suizid erhalten, obwohl dies nicht zu ihrem Wohl ist. Diese Einschränkung führt jedoch ebenfalls dazu, dass Personen, die in der Zukunft andauernd und über längere Zeit hinweg schwer leiden werden, keinen Zugang zu assistiertem Suizid erhalten. In Anbetracht der Tatsache, dass Personen mit unheilbaren, aber nicht terminalen Erkrankungen gemäß der Deprivationstheorie einen höheren Nutzen aus assistiertem Suizid ziehen, da in ihrem Fall mehr Leiden verhindert wird, würde eine Beschränkung auf Personen mit terminalen Erkrankungen diejenigen ausschließen, die den größten Nutzen aus assistiertem Suizid ziehen. Wenn es also möglich ist, mit ausreichender Sicherheit festzustellen, dass Erkrankungen unheilbar sind, sollte das Vorliegen einer unheilbaren statt einer terminalen Erkrankung als Zugangskriterium verwendet werden.

Eine ähnliche Argumentation scheint der Entwicklung der Regelungen zu assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen in Kanada zugrunde zu liegen, wo die Beschränkung von assistiertem Suizid auf Personen mit terminalen Erkrankungen für diskriminierend und verfassungswidrig befunden wurde (vgl. Okninski/Grieger 2021). Stattdessen wurde in Kanada ein Unheilbarkeitskriterium eingeführt, das in ähnlicher Form auch in Belgien, Luxemburg und den Niederlanden Voraussetzung für assistierten Suizid ist (vgl. Nicolini et al. 2020). Dieses Kriterium soll garantieren, dass keine akzeptable Alternative zur Verfügung steht, um das Leiden der Person zu lindern, und dass ihr Leiden auf unbestimmte Zeit andauern wird. Folglich erfordert ein fürsorgebasierter Ansatz die Kriterien Leiden und Unheilbarkeit, um sicherzustellen, dass assistierter Suizid im besten Interesse einer Person ist.

In den Niederlanden, ein zentrales Beispiel für eine rechtliche Regelung, die einen fürsorgebasierten Ansatz vertritt, ist Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid, dass das Leiden der Person unerträglich ist, ohne Aussicht auf Besserung und ohne akzeptable Alternativen zur Linderung ihres Leidens (vgl. Florijn 2022). Die Schwere des Leidens von Personen, die um assistierten Suizid oder Tötung auf Verlangen bitten, muss ärztlich beurteilt werden (vgl. van Tol et al. 2012). Ärzt*innen müssen objektiv beurteilen, ob das Leiden solcher Personen unheilbar ist, das heißt, ob weitere praktikable Möglichkeiten zur Linderung ihres Leidens bestehen. Personen, die diese Voraussetzung nicht erfüllen, wie zum Beispiel »lebensmüde« ältere Menschen, die nicht an einer unheilbaren Erkrankung leiden, erfüllen in den Niederlanden daher nicht die Voraussetzungen für den Zugang zu assistiertem Suizid (vgl. Florijn 2022). Rechtliche Regelungen zu assistiertem Suizid, die unheilbares Leiden voraussetzen, sind somit indirekt paternalistisch (vgl. den Hartogh 2017). Diese Voraussetzung soll nämlich sicherstellen, dass assistierter Suizid nicht zugänglich ist, wenn er nicht zum Wohl der Person ist – auch dann, wenn ihr Wunsch nach assistiertem Suizid selbstbestimmt ist (vgl. Jansen et al. 2019).

Das Expressionsargument

Dem sogenannten Expressionsargument zufolge, das zuletzt zunehmende Beachtung in der Literatur gefunden hat (vgl. Kim 2019; vgl. Keown 2020; vgl. Reed 2020; vgl. Scoccia 2020; vgl. Kim 2022), bringt die Beschränkung der Zulässigkeit von assistiertem Suizid auf eine bestimmte Gruppe von Personen – zum Beispiel solche mit unheilbaren Erkrankungen oder Behinderungen – das respektlose Urteil zum Ausdruck, dass ihr Leben nicht lebenswert sei.

Eine Version des Expressionsarguments spielt eine wichtige Rolle in der Debatte um genetische Pränataldiagnostik. Hier wird häufig argumentiert, dass die Beschränkung pränataler genetischer Diagnostik auf »schwerwiegende« Erkrankungen oder Behinderungen eine negative Botschaft an Personen sendet, die von solchen Erkrankungen oder Behinderungen betroffen sind (vgl. Chen/Wasserman 2017). Wenn es nur erlaubt ist, bestimmte »schwerwiegende« Erkrankungen pränatal zu diagnostizieren, würden damit implizit normative Urteile darüber gefällt, welche Arten von Erkrankungen und Behinderungen einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen (vgl. Berens/Wasserman 2022).

Reed argumentiert, dass der Expressionseinwand in Bezug auf assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen stärker sei als in Bezug auf Pränataldiagnostik, auch wenn er im letzteren Kontext bisher mehr beachtet worden sei. Er argumentiert, die Beschränkung von assistiertem Suizid auf Personen, die an terminalen oder unheilbaren Erkrankungen oder Behinderungen leiden, drücke das Urteil aus, ein Leben mit solchen Erkrankungen oder Behinderungen sei nicht lebenswert (vgl. Reed 2020).

Wie die obige Erläuterung des fürsorgebasierten Begründungsansatzes für die Zulässigkeit von assistiertem Suizid gezeigt hat, bringt dieser Ansatz das Urteil mit sich, dass das Leben mancher Personen aufgrund des Ausmaßes an Leiden, das es beinhaltet, nicht lebenswert sei. Das fürsorgebasierte Argument geht davon aus, dass es zum Wohl einer Person sein kann, zu sterben, wenn sie unerträglich leidet und dieses Leiden voraussichtlich auch in Zukunft anhalten wird. Die Beurteilung des Lebens einer Person als nicht lebenswert, weil sie an einer unheilbaren Erkrankung leidet, kann ein implizites Urteil über den Wert des Lebens anderer Personen mit derselben Erkrankung ausdrücken. Wie Kim es formuliert: »If we justify ending the life [...] of a person with D (a disability) because an absence of a life with D is better than a life with D, then that is a judgment that life with D is not worth living« (Kim 2019: 135). Oder, laut Reed:

»[...] when we allow PAS [physician-assisted suicide] for individuals who are terminally ill or facing some severe disease or disability, we send a message of disrespect to all individuals who face such adversities in that we imply that they are inferior or their lives are not worth living [...] precisely insofar as they are diseased or disabled.« (Reed 2020: 539)

In Antwort auf das Expressions-Argument kann argumentiert werden, dass die Person, die sich assistierten Suizid wünscht, nur ein individuelles, privates Urteil über den Wert ihres eigenen Lebens fälle (vgl. Kim 2019; vgl. Kim 2022). So behauptet beispielsweise Colburn, das Expressions-Argument sei falsch, weil es nicht anerkenne, dass die Zulässigkeit von assistiertem Suizid auf dem Argument basiere, dass nicht etwa einige Leben

weniger lebenswert seien als andere, sondern jede*r Einzelne selbst entscheiden müsse, was ihr*sein Leben lebenswert mache (vgl. Colburn 2022).

Wenn jedoch die Entscheidung darüber, ob das eigene Leben lebenswert ist, tatsächlich bei jeder*jedem Einzelnen liegt, sollte auch die Entscheidung für oder gegen assistierten Suizid bei jeder*jedem Einzelnen liegen – und nicht nur bei denjenigen, deren Leid als schwerwiegend genug eingestuft wird (vgl. Keown 2020). Rechtliche Regelungen zu assistiertem Suizid, die unheilbares Leiden voraussetzen, erlauben es selbstbestimmten Personen nur dann, Beihilfe zum Suizid zu erhalten, wenn sie an einer unheilbaren Erkrankung oder Behinderung leiden. Eine solche Einschränkung impliziert, dass nur einige Personen, nämlich solche mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen, nachvollziehbare Gründe für ihren Sterbewunsch haben können.

In den Niederlanden ist eine rechtliche Voraussetzung für assistierten Suizid, dass Ärztin*Arzt und Patient*in gemeinsam zu der Einschätzung kommen müssen, dass keine vernünftige Alternative zum assistierten Suizid beziehungsweise zur Tötung auf Verlangen besteht. Kim erklärt, bei dieser Anforderung handele es sich um ein Werturteil: Nicht zu leben sei eine bessere Option als jedes Leben mit der Erkrankung, an der die Person leidet. Die Person, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußert, bittet also die*den Ärztin*Arzt, ihr Urteil, dass ihr Leben nicht lebenswert sei, zu bekräftigen und gemäß diesem gemeinsamen Urteil zu handeln (vgl. Kim 2019).

Soweit das Expressionsargument plausibel ist, bezieht es sich jedoch nur auf rechtliche Regelungen, die auf Fürsorge basierende Zugangskriterien erfordern, wie etwa das Leiden an einer unheilbaren Erkrankung. Wie im folgenden Abschnitt erläutert wird, vermeidet der autonomiebasierte Ansatz das Expressionsargument.

Autonomiebasierter Ansatz

Im Gegensatz zum fürsorgebasierten Ansatz versteht ein auf Autonomie basierender Ansatz assistierten Suizid nicht als Handlung zum Wohl einer Person, sondern vielmehr als eine durch ihre individuelle Autonomie gerechtfertigte eigenständige Handlung.

Ein solcher Ansatz wird im Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 vertreten. In diesem Urteil erklärt das Gericht das strafrechtliche Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe, das 2015 in Kraft trat, für nichtig und verfassungswidrig (vgl. BVerfG 2020; vgl. den Hartogh 2020). Diese Entscheidung bezieht sich nur auf assistierten Suizid, während Tötung auf Verlangen in Deutschland verboten bleibt. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu den meisten Ländern, in denen unheilbares Leiden Voraussetzung für Zugang zu assistiertem Suizid ist, wie zum Beispiel in den Niederlanden, wo nicht grundsätzlich zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen unterschieden wird (vgl. Florijn 2022).

Das Urteil erklärt, dass das verfassungsrechtlich geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst, das die Freiheit einschließt, sich selbst das Leben zu nehmen und zu diesem Zweck die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Es betont, dass die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, und die Gründe für diese Entscheidung höchst persönlich sind. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gilt unabhängig von den individuellen Motiven der Person, ihr Leben beenden

zu wollen, die nicht auf der Grundlage »allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit« (BVerfG 2020: 210) beurteilt werden dürfen. Das Bundesverfassungsgericht betont, dass das individuelle Urteil einer Person über ihre Lebensqualität und ihre Vorstellung eines sinnvollen Lebens als Akt der persönlichen Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft respektiert werden muss. Das Urteil stellt klar, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf Personen mit schweren oder unheilbaren Krankheiten oder auf bestimmte Lebensabschnitte beschränkt sein darf (vgl. BVerfG 2020: 210).

Obwohl das Urteil ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben erklärt, bedeutet dies nicht, dass eine moralische oder rechtliche Verpflichtung besteht, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Das Urteil betont, dass niemand verpflichtet werden kann, Sterbehilfe zu leisten (vgl. BVerfG 2020: 342). Es ist eine empirische Frage, wie viele Personen auf der bloßen Grundlage eines autonomen Wunsches bereit wären, Beihilfe zum Suizid zu leisten – das Urteil stellt lediglich klar, dass es zulässig ist, dies zu tun.

Autonomiebasierte Kriterien sind sowohl bei einem fürsorge- als auch bei einem autonomiebasierten Ansatz erforderlich. Nach einem autonomiebasierten Ansatz, wie er im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vertreten wird, sind jedoch nur autonomiebasierte rechtliche Zugangskriterien für assistierten Suizid zulässig, während objektive Urteile über das Leiden der Person keine Rolle spielen dürfen. Auch wenn ein konkretes Gesetz für die Regelung von assistiertem Suizid in Deutschland derzeit noch ausstehend ist, macht das Urteil einige Vorgaben für den rechtlichen Rahmen. Diese beziehen sich jedoch nicht auf das Leiden der Person oder andere objektive Gründe für ihren Sterbewunsch, sondern zielen vielmehr darauf ab, sicherzustellen, dass ihr Wunsch selbstbestimmt ist. So hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil klargestellt, dass das zentrale Zugangskriterium zu assistiertem Suizid darin besteht, dass der Wunsch der Person auf dem »autonom gebildeten, freien Willen« (BVerfG 2020: 240) der*des Betroffenen beruhen muss. Das Bundesverfassungsgericht legt dar, dass für die Entscheidung zu einem assistierten Suizid »dieselben Grundsätze wie bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung« (BVerfG 2020: 242) gelten. Weithin anerkannte Standards für die informierte Einwilligung in medizinische Behandlungen und klinische Studien erfordern die adäquate Bereitstellung von Informationen, Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit. Darüber hinaus schlägt das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vor, sicherzustellen, dass die Entscheidung dauerhaft ist und auf einer gewissen »inneren Festigkeit« (BVerfG 2020: 244) beruht.

Ein autonomiebasierter Ansatz erlaubt kein objektives Urteil in Bezug auf die Frage, ob assistierter Suizid zum Wohl der Person ist. Da sich alle auf Basis eines solchen Ansatzes zulässigen rechtlichen Einschränkungen auf die Autonomie der Person beziehen, bringt das Gesetz kein Urteil darüber zum Ausdruck, ob ein Leben mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen lebenswert ist. Stattdessen liegt die Entscheidung darüber, ob ihr Leben lebenswert ist, allein bei der Person selbst. Der auf Autonomie basierende Ansatz vermeidet somit den oben dargelegten Expressionseinwand.

Nach einem auf Autonomie basierenden Ansatz ist es rechtlich zulässig, jeder Person, die einen selbstbestimmten Wunsch hiernach äußert, Beihilfe zum Suizid zu leisten, auch wenn es noch weitere Möglichkeiten gegeben hätte, ihr Leiden zu lindern, oder

sogar dann, wenn sie überhaupt nicht an einer Erkrankung leidet. Dies gilt beispielsweise für »lebensmüde« ältere Personen, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußern. Ein autonomiebasierter Ansatz geht nicht davon aus, dass assistierter Suizid nur aufgrund von bestimmten Formen des Leidens gerechtfertigt ist.

Es ließe sich einwenden, dass der autonomiebasierte Ansatz das Expressionsargument nicht vollständig umgeht, da fürsorgebasierte Gründe bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit weiterhin eine Rolle spielen. Einwilligungsfähigkeit kann als risikoabhängig verstanden werden, was bedeutet, dass risikoreichere Entscheidungen, die potenziell schädliche Konsequenzen für die Person mit sich bringen, eine höhere Schwelle für Einwilligungsfähigkeit erfordern (vgl. Berens/Kim 2022). So argumentieren beispielsweise Kious und Battin (2019), dass in Fällen, in denen das Leiden der Person erheblich ist, das Risiko der Entscheidung nicht besonders hoch ist, weshalb die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit vergleichsweise niedrig angesetzt werden sollte. Wenn die Festlegung der Schwelle für Einwilligungsfähigkeit ein Urteil darüber beinhaltet, wie risikoreich und dementsprechend wie potenziell schädlich die Entscheidung einer Person für assistierten Suizid ist, beinhaltet die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit weiterhin eine Bewertung der Schwere des Leidens der Person und somit ein Urteil über den Wert ihres Lebens.

Die Frage, ob die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit risikoabhängig sein sollte, ist in der medizinethischen Literatur jedoch höchst umstritten (vgl. Berens/Kim 2022; vgl. Pickering et al. 2022). Ein autonomiebasierter Ansatz erlaubt keine Beurteilung der Motive einer Person für ihre Entscheidung zu assistiertem Suizid nach Maßstäben »objektiver Vernünftigkeit« (BVerfG 2020: 210) und trifft kein Urteil darüber, ob assistierter Suizid zum Wohl der Person ist. Daher erscheint es nicht angemessen, die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit auf der Grundlage objektiver Risiken festzulegen. Ein autonomiebasierter Ansatz scheint daher mit dem Konzept der Risikoabhängigkeit nicht vereinbar zu sein. Wenn der autonomiebasierte Ansatz durchgängig einen hohen Standard für Einwilligungsfähigkeit im Zusammenhang mit assistiertem Suizid erfordert, ohne die potenziellen negativen Konsequenzen der Entscheidung einer Person zu bewerten, kann er das Expressionsargument vermeiden. Dies bedeutet, dass die Schwelle für Einwilligungsfähigkeit nicht für Personen herabgesetzt werden sollte, von denen angenommen wird, dass assistierter Suizid zu ihrem Wohl ist.

Zweitens könnte eingewendet werden, dass selbst bei einem auf Autonomie basierenden Ansatz einzelne Ärzt*innen weiterhin annehmen könnten, dass das Leben von Personen mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußern, nicht lebenswert sei. Dies mag zwar der Fall sein, jedoch unterscheiden sich die Meinungen von Einzelpersonen erheblich von in Gesetzen ausgedrückten Werturteilen. Wenn ein Gesetz – als öffentlicher Akt eines Staates – ein bestimmtes Urteil zum Ausdruck bringt, hat dies eine wesentlich größere gesellschaftliche Tragkraft als eine individuelle, private Entscheidung. Das Expressionsargument richtet sich daher in erster Linie gegen Rechtsnormen, nicht gegen individuelle Handlungen (vgl. Reed 2020; vgl. Scoccia 2020).

Auch im Rahmen einer autonomiebasierten Regelung ist es wahrscheinlich, dass die meisten Wünsche nach assistiertem Suizid von Personen mit terminalen oder unheilbaren Erkrankungen geäußert werden. Die privaten Entscheidungen dieser Personen und

ihre individuellen Einschätzungen darüber, ob ihr Leben lebenswert ist, werden in diesem Fall jedoch nicht durch rechtliche oder öffentliche Urteile unterstützt.

Implikationen eines autonomiebasierten Ansatzes

Assistierter Suizid wird häufig als eine Art medizinische Behandlung verstanden. Wie oben erwähnt, bezieht sich die niederländische rechtliche Regelung des assistierten Suizids ausdrücklich auf die Pflichten der Ärzteschaft, und das Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung ist in mehreren rechtlichen Regelungen ein wesentliches Zugangskriterium zu assistiertem Suizid (vgl. Emanuel et al. 2016). Ähnlich argumentiert Sumner (2011), assistierter Suizid sei ein medizinischer Eingriff und sollte als solcher auf die Linderung von Leiden aufgrund einer medizinischen Diagnose beschränkt sein.

Für gewöhnlich werden medizinische Behandlungen nur dann als gerechtfertigt angesehen, wenn sie einen medizinischen Nutzen für Patient*innen haben – beispielsweise werden keine medizinischen Behandlungen durchgeführt, die nicht zum Wohl einer Person sind, nur weil die Person einen selbstbestimmten Wunsch äußert, eine solche Behandlung zu erhalten. Wenn assistierter Suizid als medizinische Behandlung verstanden wird, könnte man davon ausgehen, dass er dann indiziert sein kann, wenn er zum Wohl der Person ist, das heißt, wenn das Kriterium des »unheilbaren Leidens« erfüllt ist. Auch Jansen et al. (2019) gehen davon aus, dass es sich bei assistiertem Suizid um eine medizinische Behandlung handelt, und argumentieren, dass für assistierten Suizid dieselben ethischen Grundsätze gelten sollten wie für andere medizinische Eingriffe, die von Ärzt*innen durchgeführt werden. Jansen et al. (2019) argumentieren, dass es zu einer negativen Veränderung der gesellschaftlichen Rolle von Ärzt*innen führen würde, wenn es erlaubt wäre, auch dann Beihilfe zum Suizid zu leisten, wenn dies nicht im besten medizinischen Interesse der Person ist.²

Dieses Argument gilt jedoch nicht für einen autonomiebasierten Ansatz. Gemäß einem solchen Ansatz sollte assistierter Suizid nicht als eine medizinische Behandlung verstanden werden, die »indiziert« sein kann, sondern vielmehr als eine autonome Handlung, die durch verschiedene individuelle Motive begründet sein kann, die nicht von außen beurteilt werden sollten. Da bei einem autonomiebasierten Ansatz eine medizinische Diagnose keine Voraussetzung für den Zugang zu assistiertem Suizid ist, ist die Expertise und Mitwirkung von Ärzt*innen nicht notwendigerweise erforderlich. Wenn assistierter Suizid nicht als medizinische Behandlung verstanden wird, müssen auf dem Fürsorgeprinzip basierende Standards für medizinische Eingriffe nicht berücksichtigt werden. Ein autonomiebasierter Ansatz führt somit nicht zwangsläufig zu einer Veränderung der allgemeinen Prinzipien für ärztliches Handeln.

In Ländern, die einen eher fürsorgebasierten Ansatz verfolgen, wie zum Beispiel in den Niederlanden, wird Tötung auf Verlangen sehr viel häufiger durchgeführt als assis-

2 Es kann jedoch hinterfragt werden, ob ein objektiver medizinischer Nutzen tatsächlich stets Voraussetzung für die Zulässigkeit medizinischer Behandlungen ist. Zum Beispiel sind manche Eingriffe in der ästhetischen Chirurgie oder auch Vasektomien nicht unbedingt zum objektiven medizinischen Wohl der Person (vgl. Davis und Mathison 2020; vgl. Mathison und Davis 2020).

tierter Suizid (vgl. van der Heide et al. 2017). Im Gegensatz hierzu betrifft das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts, das einen autonomiebasierten Ansatz zum Ausdruck bringt, nur den assistierten Suizid, während Tötung auf Verlangen strafbar bleibt. Diese Einschränkung auf Handlungen, die von der Person selbst und nicht von Ärzt*innen ausgeführt werden, unterstreicht das Verständnis des assistierten Suizids als autonome Handlung der Person und nicht als medizinische Behandlung.

In der Diskussion darüber, ob eine potenziell schädliche selbstbezogene Handlung erlaubt sein sollte, muss auch der Schaden für andere und die Gesellschaft berücksichtigt werden, der durch das Erlauben dieser Handlung verursacht wird. In Bezug auf den assistierten Suizid könnte argumentiert werden, dass ein autonomiebasierter Ansatz zu größerem Schaden führt als eine Einschränkung des assistierten Suizids auf Personen, die als unheilbar leidend eingestuft werden. Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, die praktischen Konsequenzen eines autonomiebasierten Ansatzes im Vergleich zu einem fürsorgebasierten Ansatz vollständig zu bewerten. Die obige Diskussion hat jedoch gezeigt, dass ein autonomiebasierter Ansatz das Expressionsargument gegen die Zulässigkeit von assistiertem Suizid vermeidet und daher zumindest einige potenzielle negative Konsequenzen, die aus der Legalisierung des assistierten Suizids entstehen könnten, vermeiden kann.

Fazit

Dieser Beitrag hat einen Überblick über Fürsorge und Autonomie als unterschiedliche normative Grundlagen für die Zulässigkeit des assistierten Suizids gegeben. Auf Basis von Fürsorge wird assistierter Suizid beziehungsweise Tötung auf Verlangen als Handlung verstanden, die zum Wohl der Person ist, die um Beihilfe zum Suizid bittet. Ein solcher Ansatz versteht assistierten Suizid eher als medizinische Handlung, die nur durch Ärzt*innen durchgeführt werden darf. Ein fürsorgebasierter Ansatz erfordert objektive Werturteile über das Leiden einer Person, was den Expressionseinwand aufwirft. Diesem zufolge kann die rechtliche Beschränkung des Zugangs zu assistiertem Suizid auf eine bestimmte Personengruppe negative Urteile über den Wert des Lebens aller Personen ausdrücken, die dieser Gruppe angehören.

Ein autonomiebasierter Ansatz hingegen, wie er im Urteil des Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 zum Ausdruck kommt, erlaubt kein Urteil über den Wert des Lebens einer Person und vermeidet damit das Expressionsargument. Diesem Ansatz zufolge wird assistierter Suizid als autonome Handlung angesehen, die durch das Recht der Person auf selbstbestimmtes Sterben gerechtfertigt ist und nicht »indiziert« sein kann, weil sie zum Wohl der Person ist.

Literatur

- Berens, N./Wasserman, D.: »Restricting Access, Stigmatizing Disability?«, in: *The American Journal of Bioethics* 22 (2022), S. 25–27,
<http://doi.org/10.1080/15265161.2021.2013989>.

- Berens, N. C./Kim, S. Y. H.: »Should Assessments of Decision-Making Capacity Be Risk-Sensitive? A Systematic Review«, in: *Frontiers in Psychology* 13 (2022): 897144, <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.897144>.
- Bradley, B.: »When Is Death Bad for the One Who Dies?«, in: *Nous* 38 (2004), S. 1–28, <http://doi.org/10.1111/j.1468-0068.2004.00460.x>.
- Bradley, B.: »The Worst Time to Die«, in: *Ethics* 118 (2008), S. 291–314.
- Braun, E.: »An autonomy-based approach to assisted suicide – a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws«, in: *Journal of Medical Ethics* 49(7) (2023), S. 497–501, <http://doi.org/10.1136/jme-2022-108375>.
- Braun, E./Gather, J./Scholten, M./Vollmann, J.: »An autonomy-based approach to justifying physician-assisted death: A recent judgment of the German Federal Constitutional Court«, in: *The American Journal of Bioethics* 22(2) (2022), S. 71–73, <http://doi.org/10.1080/15265161.2021.2013979>.
- Braun, E./Scholten, M./Vollmann, J.: »Assisted suicide and the discrimination argument: Can people with mental illness fulfill beneficence- and autonomy-based eligibility criteria?«, in: *Bioethics* (2023), S. 1–8, <http://doi.org/10.1111/bioe.13243>.
- Brock, D. W.: »Voluntary active euthanasia«, in: *Hastings Center Report* 22(2) (1992), S. 10–22, <https://doi.org/10.2307/3562560>.
- Bullock, E. C.: »Assisted Dying and the Proper Role of Patient Autonomy«, in: J. Varelius/ M. Cholbi (Hg.): *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Cham: Springer 2015, S. 11–25. http://doi.org/10.1007/978-3-319-22050-5_2.
- BVerfG (2020) Judgment of the Second Senate of 26 February 2020 – 2 BvR 2347/15 –, paras. 1–343. https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html.
- Chen, S. C./Wasserman, D. T.: »A Framework for Unrestricted Prenatal Whole-Genome Sequencing: Respecting and Enhancing the Autonomy of Prospective Parents«, in: *American Journal of Bioethics* 17(1) (2017), S. 3–18, <http://doi.org/10.1080/15265161.2016.1251632>.
- Colburn, B.: »Disability-based arguments against assisted dying laws«, in: *Bioethics* 36(6) (2022), S. 680–686, <http://doi.org/10.1111/bioe.13036>.
- Davis, J./Mathison, E.: »The Case for an Autonomy-Centred View of Physician-Assisted Death«, in: *Journal of Bioethical Inquiry* 17(3) (2020), S. 345–356, <http://doi.org/10.1007/s11673-020-09977-8>.
- den Hartogh, G.: »Two kinds of physician-assisted death«, in: *Bioethics* 31(9) (2017), S. 666–673, <http://doi.org/10.1111/bioe.12371>.
- den Hartogh, G.: »Decriminalising Assisted Suicide Services: Bundesverfassungsgericht 26 February 2020, 2BvR 2347/15«, in: *European Constitutional Law Review* 16(4) (2020), S. 713–732, <http://doi.org/10.1017/S1574019620000309>.
- Emanuel, E. J./Onwuteaka-Philipsen, B. D./Urwin, J. W./Cohen, J.: »Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe«, in: *Journal of the American Medical Association* 316(1) (2016), S. 79–90, <http://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>.
- Florijn, B. W.: »From Reciprocity to Autonomy in Physician-Assisted Death: An Ethical Analysis of the Dutch Supreme Court Ruling in the Albert Heringa Case«, in: *American Journal of Bioethics* 22(2) (2022), S. 51–58, <http://doi.org/10.1080/15265161.2020.1863510>.

- Gunderson, M./Mayo, D. J.: »Restricting Physician-Assisted Death to the Terminally Ill«, in: *Hastings Center Report* 30(6) (2000), S. 17–23, <https://doi.org/10.2307/3528448>.
- Jansen, L. A./Wall, S./Miller, F. G.: »Drawing the line on physician-assisted death«, in: *Journal of Medical Ethics* 45(3) (2019), S. 190–197, <http://doi.org/10.1136/medethics-2018-105003>.
- Keown, J.: »Expressivism at the beginning and end of life«, in: *Journal of Medical Ethics* 46(8) (2020), S. 545–546, <http://doi.org/10.1136/medethics-2020-106372>.
- Kim, S. Y. H.: »Lives Not Worth Living in Modern Euthanasia Regimes«, in: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 16(2) (2019), S. 134–136, <http://doi.org/10.1111/jppi.12300>.
- Kim, S. Y. H.: »The Unstable Boundary of Suffering-Based Euthanasia Regimes«, in: *American Journal of Bioethics* 22(2) (2022), S. 59–62, <http://doi.org/10.1080/15265161.2022.2015964>.
- Kious, B. M./Battin, M. P.: »Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry: A Moral Crisis?«, in: *American Journal of Bioethics* 19(10) (2019), S. 29–39, <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1653397>.
- Mathison, E./Davis, J.: »Value promotion as a goal of medicine«, in: *Journal of Medical Ethics* 47(7) (2020), <http://doi.org/10.1136/medethics-2019-106047>.
- Nicolini, M. E./Kim, S. Y. H./Churchill, M. E./Gastmans, C.: »Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons«, in: *Psychological Medicine* 50(8) (2020), S. 1241–1256, <https://doi.org/10.1017/S0033291720001543>.
- Okninski, M. E./Grieger, J.: »Evolving Law: Further Developments Concerning MAID in Canada – Bill C-7 Receives Royal Assent and Revisiting Ethicon Sàrl«, in: *Journal of Bioethical Inquiry* 18 (2021), S. 371–376, <http://doi.org/10.1007/s11673-021-10124-0>.
- Pickering, N. J./Newton-Howes, G./Walker, S.: »Risk-related standards of competence are a nonsense«, in: *Journal of Medical Ethics* 48(11) (2022), <http://doi.org/10.1136/medethics-2021-108107>.
- Reed, P.: »Expressivism at the beginning and end of life«, in: *Journal of Medical Ethics* 46(8) (2020), S. 538–544. <http://doi.org/10.1136/medethics-2019-105875>.
- Scoccia, D.: »The Disability Case Against Assisted Dying«, in: A. Cureton/D. T. Wasserman (Hg.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Disability*, Oxford: Oxford University Press 2020, S. 279–294, <http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190622879.013.36>.
- Sumner, L. W.: *Assisted Death: A Study in Ethics and Law*, Oxford: Oxford University Press 2011, <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199607983.001.0001>.
- Sumner, L. W.: *Physician-assisted death: What everyone needs to know*, New York: Oxford University Press 2017, <http://doi.org/10.1093/wentk/9780190490188.001.0001>.
- van der Heide, A./van Delden, J. J. M./Onwuteaka-Philipsen, B. D.: »End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Years«, in: *The New England Journal of Medicine* 377(5) (2017), S. 492–494, <http://doi.org/10.1056/NEJMc1705630>.
- van Tol, D. G./Rietjens, J. A./van der Heide, A.: »Empathy and the application of the »unbearable suffering« criterion in Dutch euthanasia practice«, in: *Health Policy* 105(2-3) (2012), S. 296–302. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.014>.

Graduelle Selbstbestimmung: Eine ethische Analyse im Kontext des assistierten Suizids

Mario Kropf

1. Einleitung

Seit dem 1. Jänner 2022 gilt in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), womit der assistierte Suizid unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt ist (vgl. lebensende.at 2023: 1f.). Trotz dieser rechtlichen Lösung bestehen weiterhin ethische Herausforderungen rund um dieses kontrovers diskutierte Thema. Der Fokus dieses Beitrages liegt auf der Konstruktion eines plausiblen Konzepts von Selbstbestimmung in Hinblick auf den assistierten Suizid (vgl. BMDW 2021: 1f.). Diese Vorstellung ist graduell und vermeidet die Aufgabe, den freien Willen zu erklären (vgl. Müller-Busch 2016: 18ff.). Damit wird ein Vorschlag für ein selbstbestimmtes Lebensende präsentiert, ohne jedoch die Beweggründe und Interessen von Mediziner*innen völlig auszuklammern. Es erscheint durch diese Rechtslage wichtig, zu eruieren, was im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid als selbstbestimmter Entschluss verstanden werden kann. Häufig wird damit eine Freiheit von äußeren und inneren Einflüssen umschrieben (vgl. Beyer 2004: 167ff.). Darüber hinaus kann Selbstbestimmung eine subjektbezogene Auffassung darstellen, worin eigene Überlegungen, Wert- und Lebensvorstellungen als Grundlage für Entscheidungen und Handlungen fungieren (vgl. Buchs 2018: 226ff.).

2. Zwei herkömmliche Freiheitsauffassungen

Innerhalb der Philosophie werden mit der Freiheit zahlreiche Vorstellungen verbunden. Kant etwa würde damit eine moralische Autonomie in Verbindung bringen, welche erst dann vorliegt, wenn ein Wesen nicht nur an sich selbst denkt, sondern alle Individuen in eigene Leitlinien und Handlungsvorschriften einbindet. Besonders deutlich wird dies durch seine Gesetzesformel des kategorischen Imperativs.¹ Dadurch ist es möglich,

1 Mit dem kategorischen Imperativ soll es möglich sein, die individuellen Leitlinien in moralischer Hinsicht zu verallgemeinern: »Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde.« (zit nach: Horn/Mieth/Scarano 2015: 52).

autonome Entscheidungen zuzulassen, wenngleich andere Lebewesen in den Überlegungen eine Rolle spielen. Seine Position sollte allerdings nicht so verstanden werden, dass vernunftbegabte Wesen bestimmten Gesetzen folgen, die bereits vorgegeben sind, weil sie deren Wichtigkeit akzeptieren. Vielmehr sind Menschen in der Lage, das moralisch Gesollte einzusehen, was sie gleichzeitig konstituiert und moralisches Handeln überhaupt erst möglich macht (vgl. Menke 2010: 678ff.). Darin liegt die spezifische Vorstellung von Freiheit im Sinne Kants. Folglich ist es nicht notwendig, sich auf externe Autoritäten zu verlassen, sondern es kommt darauf an, der eigenen Vernunft zu folgen. Oftmals wird Kant auch deswegen kritisiert, weil emotionale Gesichtspunkte durch den kategorischen Imperativ scheinbar keine Berücksichtigung finden (vgl. Horn/Mieth/Scarano 2015: 50ff.; vgl. Singer 1984: 19ff.).

Eine andere Auffassung von Freiheit könnte nicht die Verallgemeinerbarkeit als ausschlaggebendes Kriterium für Selbstbestimmung ausweisen. Entscheidend wäre etwa die klare Rückführbarkeit einer Wahl auf das jeweilige Individuum, was dessen Wünsche, Ziele und Überlegungen zum Ausdruck bringt. In diesem Fall könnten – gemäß Schockenhoff (2016) – auch egoistisch motivierte Taten als selbstbestimmt und – in Anlehnung an Kants Formulierung – als autonom gelten (vgl. Nida-Rümelin 2011: 181ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 71ff.). Dies ist mit einer Form von Handlungsfreiheit vergleichbar, wonach ein Wesen der eigentlichen Natur nach machen kann, was es eben will. Eine Auffassung von Selbstbestimmung, welche freies Handeln voraussetzt, ist der entscheidende Ausgangspunkt für die anknüpfenden Überlegungen. Ein definitiver Entschluss – wie etwa die Beendigung des eigenen Lebens durch assistierten Suizid – passiert dann nicht einfach aus einer Laune heraus, sondern bringt persönliche Vorstellungen zum Ausdruck (vgl. Beyer 2004: 182ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 62ff.).

Als weitere Möglichkeit gibt es die Stufentheorie, im Sinne von Harry Frankfurt (1988: 127ff.), in der volle Freiheit erst dann möglich ist, wenn eine Übereinstimmung der Wünsche erster Ordnung mit Wünschen zweiter Stufe existiert. Somit sind eigene Reflexionen unerlässlich, um den ursprünglichen Wunsch auf der ersten Stufe nicht nur effektiv werden zu lassen, sondern dies auch tatsächlich zu wollen. Einen besonderen Vorteil offenbart diese Stufentheorie von Frankfurt, weil damit eine Unterscheidung zwischen Handlungs- und Willensfreiheit verständlich wird (vgl. Beyer 2004: 167ff.). Sollte ein Wunsch erster Stufe die Volition zweiter Stufe bestimmen, liegt zwar Handlungsfreiheit vor, allerdings ist der Wille nicht frei. Dies ist nur bei einer reflektierten Urteilskraft der Fall, welche den Wunsch erster Stufe überprüft und anschließend wirklich als (handlungswirksamen) Willen haben will. Wichtig ist die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion unterschiedlicher Wünsche auf erster Stufe. Diese müssen dann nicht bloß triebhaft befolgt werden, sondern erlauben dem Subjekt eine begründete Stellungnahme (vgl. Frankfurt 1988: 130ff.). Die beiden angesprochenen Theorien von Kant und Frankfurt sind im Detail freilich um einiges komplexer und umfangreicher. Für diesen Beitrag reicht jedoch ein grobes Verständnis der jeweiligen Überlegungen aus (vgl. Stier 2016a: 240ff.).

3. Problem dieser Auffassungen

Eine Anwendung derartiger Konzeptionen von Selbstbestimmung – auf die Thematik des assistierten Suizids und damit auf sterbewillige Menschen – scheint problematisch und der Situation nicht angemessen zu sein (vgl. Schaber 2017: 98ff.). Nach dem kantischen Modell müssten selbstbestimmte Entscheidungen einem allgemein moralischen Gesetz folgen können und nach Frankfurts Modell in jeglichen Situationen wiederkehrende Überprüfungen der eigentlichen Wahl erfolgen. Das Lebensende wird aber nur schwer mit generellen Maßstäben zu beurteilen sein, da es sich um eine höchst persönliche und authentische Phase handelt (vgl. Bozzaro 2015: 389ff.). Der eigene Sterbewunsch betrifft nicht alle Menschen gleichermaßen, sondern richtet sich vielmehr an ein Individuum. Beispielsweise muss der Todeswunsch einer Person kein allgemeines Gesetz der Sterbemöglichkeit nach sich ziehen, jedoch kann ihre Wahl – in ihrer speziellen Lage – doch unter gewissen Voraussetzungen respektiert werden. Ebenso sind Situationen vorstellbar, welche keine universalisierbaren Reflexionen der ursprünglichen Vorstellungen und Wünsche notwendig machen, um einen selbstbestimmten Entschluss festzustellen (vgl. Stier 2016b: 253ff.). Sterbewillige können nachdrücklich durch ihre Ärzt*innen auf die sinnvolle und zuvorkommende palliative Einrichtung verwiesen werden, um die Wünsche erster Stufe einer Reflexion zu unterziehen (vgl. Buchs 2018: 206ff.; vgl. Schaber 2017: 99ff.). Nach Frankfurt wäre durch den anhaltenden Todeswunsch die völlige Autonomie oder auch Willensfreiheit nicht mehr gegeben, sofern es keine Übereinstimmung zwischen Willen und Volition gibt. Dies spricht jedoch nicht dafür, sich gegenüber der betroffenen Person und ihrer Wahl respektlos zu verhalten (vgl. Frankfurt 1988: 130ff.; vgl. Quante 2011: 597ff.).

Sowohl mit dem kategorischen Imperativ von Kant als auch der Stufentheorie von Frankfurt soll ersichtlich werden, was aus philosophischer Sicht notwendig ist, um von Autonomie beziehungsweise Willensfreiheit zu sprechen. Beide Konzepte verdeutlichen zwar die Wichtigkeit von persönlichen Analysen und reflektierten Abwägungen eines Individuums, betonen jedoch gleichzeitig einen allgemeinen Anspruch. Anhand der vorgestellten Kriterien ist es möglich, sich von einer rein subjektabhängigen Freiheitsauffassung zu trennen und damit zwischenmenschliche Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Die anschließende Form von Selbstbestimmung soll im Kontext des assistierten Suizids anwendbar sein und intersubjektive Nachvollziehbarkeit ermöglichen. Aus meiner Sicht reicht eine angepasste Variante der Handlungsfreiheit aus, nach der ein Mensch tun kann, was er eben will (vgl. Burger 2010: 126). Darüber hinaus wird mit diesem Vorschlag der relationalen Struktur menschlicher Interaktionen Rechnung getragen und gezeigt, dass Selbstbestimmung auch durch das soziale Umfeld beeinflusst wird und graduell verstanden werden kann.

Eine Differenzierung zwischen Autonomie und Selbstbestimmung scheint – für ein differenziertes Verständnis der Problematik des assistierten Suizids – unverzichtbar. Buchs und Schockenhoff sehen die Autonomie als eine personale Eigenschaft an (die an die Würde geknüpft ist) und die Selbstbestimmung als die tatsächliche Konkretisierung derselben (vgl. Buchs 2018: 226ff.). Jedem menschlichen Wesen kommt grundsätzlich eine Freiheit zu und die Autonomie ermöglicht uns, von dieser Freiheit überhaupt erst Gebrauch zu machen (vgl. Horn/Mieth/Scarano 2015: 49ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 80ff.).

Der graduelle Umfang, in dem diese Freiheit vorhanden ist, repräsentiert dann Selbstbestimmung. Sofern wir uns und andere Lebewesen in ihrer Autonomie anerkennen, sind wir in der Lage, die eigenen Vorstellungen eines gelingenden Lebens umzusetzen und folglich selbstbestimmt zu agieren. Zudem werden eine wechselseitige Verbundenheit und Abhängigkeit der Individuen einer sozialen Gemeinschaft offensichtlich. Während Autonomie somit jeder Person ausnahmslos inhärent ist, kann eine selbstbestimmte Wahl von vielen Faktoren abhängen (vgl. Buchs 2018: 228ff.; vgl. Schälike 2009: 89ff.).

Selbstbestimmung erlaubt die persönliche Lebensgestaltung, auch wenn dadurch allgemeine Vorgaben – im Sinne von gesellschaftlichen und kulturellen Konventionen – nicht einhaltbar sind. Dies ermöglicht ein Absehen von universalisierbaren und moralischen Ansprüchen, denen jede Person zustimmen müsste. Selbstbestimmung heißt vielmehr, dass die eigenen Vorstellungen in Hinblick auf das Leben – welche wiederum durch subjektive Wünsche, Ziele, Gedanken und Beurteilungen getragen werden – auch in die Tat umsetzbar sind (vgl. Schaber 2017: 101ff.). Dies schließt laut Sahn auch ein selbstbestimmtes Lebensende ein und wird bestmöglich erreicht durch eine positive und negative Freiheit (vgl. Sahn 2020: 443ff.). Manchmal scheint Selbstbestimmung so verstanden zu werden, dass sie entweder vorhanden ist oder nicht (vgl. Buchs 2018: 204ff.). Eine derartig klare Grenzziehung wird jedoch der gesellschaftlichen Praxis nicht gerecht und kann zudem schwer erklären, wie genau selbstbestimmtes Agieren auch unter teils vorhandener Fremdbestimmung möglich sein soll. Im folgenden Kapitel wird deshalb beschrieben, was unter einer graduellen Selbstbestimmung zu verstehen ist (vgl. Beyer 2004: 170ff.).

4. Graduelle Selbstbestimmung

Mit der folgenden Auffassung wird eine praktikable und lebensnahe Form von Selbstbestimmung dargelegt, welche gedankliche Stufen integriert und mehrere Grade zulässt (vgl. Sahn 2006: 69ff.; vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.). Der graduelle Aspekt bezieht sich auf interne und externe Einflüsse, welche sowohl in fördernder als auch in hindernder Art vorhanden sein können und somit die Möglichkeiten der Selbstbestimmung erweitern oder reduzieren. Ein menschliches Wesen kann selbstbestimmt sein, wenn subjektive Überlegungen zu bestimmten Entscheidungen führen und diese ihrerseits Konsequenzen hervorrufen (vgl. Wagner/Brocker 1996: 226ff.). Darüber hinaus ist es aber durchaus plausibel zu sagen, dass Menschen auch mit psychischen Beeinträchtigungen, wie etwa Depressionen oder bipolarer Störung, nicht völlig heteronom sind (vgl. Schaber 2017: 98ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 31ff.). Derartige Krankheiten und damit einhergehende Beeinflussungen reduzieren zwar persönlich wahrgenommene Handlungschancen, verunmöglichen jedoch keinen selbstbestimmten Entschluss. Die eine Person mit Depressionen kann diesen standhalten, während ein anderer Mensch mit vergleichbaren Hindernissen nicht zurechtkommt (vgl. Cohen-Almagor 2016: 351ff.; vgl. Welsh 2015: 505ff.). Eine jeweilige Tat ist Ausdruck individueller Ziele und Lebensvorstellungen, auch wenn diese zu womöglich (allgemein) unverständlichen Konsequenzen führen. Sollte sich eine depressive Person das Leben nehmen, geben psychische Belastungen wahrscheinlich zu einem gewissen Teil den Ausschlag. Dessen ungeachtet würde die-

se Aktion erfolgen, weil eigene Überlegungen in selbstbestimmter Weise dazu geführt haben (vgl. Quante 2011: 597ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 75ff.). Obwohl der Umfang von Selbstbestimmung reduziert wurde, gilt es individuell zu klären, ob sie damit auch im Kern gänzlich verloren geht.

Jedes menschliche Individuum ist in der Lage, diesen Wert – der wie bereits zuvor von Buchs und Schockenhoff dargestellt, auf den personalen Wert der Autonomie baut – als individuelles Vermögen zu begreifen (vgl. Buchs 2018: 228ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 72ff.). Psychische Erkrankungen und sonstige Einflüsse von außen, beispielsweise Druck von medizinischem Fachpersonal, vom Freundeskreis oder von Kolleg*innen, schränken die eigene Handlungsfähigkeit ein und relativieren damit jene Idee von selbstbestimmten Entschlüssen. Damit ist eine Verschränkung zwischen dem Individuum, den Mitmenschen und der Welt auffällig (vgl. Buchs 2018: 206ff.).

In dieser Vorstellung wirken sich interne und externe Beeinflussungen nicht auf den Grundkern, sondern nur auf den Grad beziehungsweise Umfang aus, in dem eine Person selbstbestimmte Entscheidungen treffen kann. Je mehr Informationen und Hilfestellungen gegeben werden beziehungsweise je mehr einschränkende Faktoren fehlen, umso höher ist der Grad an realisierbarer Selbstbestimmung (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.). Zu viele Handlungsmöglichkeiten können auch zu einer Überforderung führen – was sich manchmal am Phänomen Burnout² zeigt (vgl. Schmidhuber 2020: 6ff.). Dennoch ist es vorstellbar, dass Personen bewusst Entscheidungen abgeben oder selbstbestimmte Entschlüsse sozusagen verweigern. Vergleichbar ist diese Konzeption mit einem Potenzial oder Spielraum, in dem sich die Selbstbestimmung eines Subjekts markant verändern kann.

Nachfolgend wird dieses Verständnis von Selbstbestimmung in einer logischen Form dargeboten (vgl. Buchs 2018: 239ff.; vgl. Quante 2011: 597ff.):

- Eine Person P handelt selbstbestimmt S, wenn P entsprechend den eigenen Lebensvorstellungen L agieren kann (vgl. Herbst 2021: 68ff.; vgl. Sahn 2006: 69ff.).
- L: Wünsche, Ziele, Interessen, der Wille, argumentative Stellungnahmen, begründete Überlegungen, moralische Werte, Vorstellungen.
- Diese Lebensvorstellungen L können durch interne Faktoren IF und externe Faktoren EF beeinflusst werden (vgl. Buchs 2018: 226ff.; vgl. Frankfurt 1988: 130ff.).
- IF: psychische Erkrankungen, mentale Probleme, kognitive Dissonanzen, Willensschwäche, Informationsverarbeitung, Wahrnehmungsstörungen (vgl. Buchs 2018: 205ff.; vgl. Schälike 2009: 72ff.).
- EF: Druck, Erpressung, Zwang in psychischer und physischer Form, Information und Beeinflussung, Krankheit (vgl. Buchs 2018: 204ff.; vgl. Sahn 2020: 444ff.).

Demnach ist Selbstbestimmung in ihrem vollen Umfang von der Realisationsmöglichkeit eigener Lebensvorstellungen abhängig. Beispielsweise verfolgt ein Subjekt spezifische Ziele und determiniert damit einen Entschluss. Persönliche Überlegungen und Re-

2 Als Burnout wird eine Erschöpfungsdepression bezeichnet, welche zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit führt und die körperliche, geistige und emotionale Erschöpfung einer Person zur Folge hat (vgl. MEDICLIN 2023: 1–2).

flexionen beziehen sich auf bisherige Erlebnisse, natürliche Kausalitäten und spontane Bewertungen. Dies führt zu einer selbstbestimmten Entscheidung, mit der sich die Person identifizieren kann (vgl. Herbst 2021: 68ff.). Ein selbstbestimmtes Leben lässt sich nur schwer in Schwarz-Weiß-Denkschemata fassen. Es existieren zu viele Graubereiche, in denen Selbstbestimmung mit Schattierungen und in graduellen Stufen auftritt (vgl. Quante 2011: 597ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 32ff.). Besonders eindrucksvoll lässt sich ein ähnliches Verständnis im gesellschaftlichen Umgang mit dem Down-Syndrom erkennen. Nicht selten wird aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkungen davon gesprochen, Individuen – mit Trisomie 21 – ein »möglichst selbstbestimmtes« Leben zu gewähren (vgl. Down-Syndrom Österreich 2023: 4ff.). Faktisch gesehen ist die Frage nicht, ob es selbstbestimmt ist oder nicht, sondern in welchem Umfang Selbstbestimmung gelebt werden kann (vgl. Sahn 2006: 69ff.). Schmidhuber formuliert dies bei Demenzbetroffenen ähnlich, wenn sie umschreibt, dass die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung durch die fortschreitende Erkrankung immer weniger wird (vgl. Schmidhuber 2020: 6ff.). Die zunehmende Abhängigkeit wird durch zahlreiche Studien (vgl. Schermer/Richard 2019: 138ff.; vgl. de Oliveira Silva/Ferreira/Plácido/Sant'Anna/Araújo/Marinho/Laks/Camaz Deslandes 2019: 28ff.; vgl. Whitehouse 2019: 102ff.) belegt.

Im Gegensatz dazu sind die positiven und selbstbestimmungsverstärkenden Faktoren vor allem durch jene Menschen gegeben, welche sich im sozialen Umfeld eines sterbewilligen Individuums befinden. Medizinische Fachkräfte können durch gezielte Aufklärung, in einer soliden Beziehung zur beratenen Person, auch mit dem Stärken des sozialen Umfelds oder durch therapeutische Maßnahmen, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten ausweiten (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.). Zusätzliche Informationen – welche von der angesprochenen Person zumindest nicht abgeblockt werden dürfen – erweitern nach Bozzaro und Schmidhuber den Handlungsspielraum und somit den Grad, in dem Selbstbestimmung möglich ist (vgl. Bozzaro 2015: 389ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 9ff.). Sollten Patient*innen über ihre Krebserkrankung im Unklaren gelassen werden, besteht für sie keine Möglichkeit, die weiteren Optionen abzuwägen. Die Person kann zwar immer noch eigenständig agieren, aber nicht in gleichem Maße, wie es mit einer vollständigen Aufklärung über ihre aktuelle Lebenssituation der Fall wäre. Dies könnte etwa durch gezielte Informationen erfolgen, um so ein größeres Spektrum an Umsetzungsmöglichkeiten überhaupt realisierbar zu machen (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.).

Im Vergleich zur relationalen Autonomie – welche beispielsweise für Anderson (vgl. Anderson 2013: 65ff.) mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion im Zuge sozialer Dialoge einhergeht oder nach Oshana (vgl. Oshana 2005: 91ff.) als überwiegend dem eigenen Selbst treu bleibend zu verstehen ist – kann die vorgestellte Idee von Selbstbestimmung nicht ausschließlich unter Zuhilfenahme der sozialen Gemeinschaft verständlich werden. Dass für eine Person mit der Absicht, assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, ein gut funktionierendes und sozial unterstützendes Gefüge, beispielsweise im Umfeld, durchaus hilfreich sein kann, sollte klargeworden sein. Davon abgesehen beschreibt jene Auffassung allerdings auch eine internalisierte Form von Selbstbestimmung, welche nicht notwendigerweise auf soziale Einflüsse und Hilfestellungen angewiesen ist (vgl. Bobbert/Werner 2014: 109ff.).

Zusammenfassend lässt sich mit Hilfe dieser gedanklichen Auseinandersetzung festhalten, dass nicht nur theoretische Überlegungen, sondern empirische Beobachtungen gegen eine Alles-oder-nichts-Zuschreibung sprechen. Wesentlich erscheint es, die Selbstbestimmung als Konstrukt oder inneren Kern zu verstehen, dessen Reichweite und Umfang durch äußere und innere Faktoren variiert (vgl. Quante 2011: 597ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 84ff.). Die graduelle Selbstbestimmung bietet ein lebensnahes und entlastendes Konzept für jene Menschen, welche die notwendige Freiheit eruieren müssen. Etwaige Diskriminierungen aufgrund gewisser kognitiver Einschränkungen werden vermieden und höchstpersönliche Lebensvorstellungen ausschlaggebend.

5. Lösungsvorschläge: Respekt für Autonomie und das Personalitätsprinzip

In diesem Abschnitt wird einerseits das Prinzip Respekt für Autonomie aus den biomedizinischen Prinzipien (Respekt für Autonomie, Nichtschaden, Fürsorge und Gerechtigkeit, vgl. Beauchamp/Childress 2019: 13ff.) von Beauchamp und Childress untersucht und andererseits das Personalitätsprinzip der christlichen Sozialethik begutachtet. Anhand der folgenden Darstellungen wird gezeigt, dass die Verinnerlichung beider Prinzipien dazu beitragen kann, die zuvor präsentierte Idee von gradueller Selbstbestimmung zu fördern.

Für das Verständnis von Selbstbestimmung im Rahmen der Sterbehilfe ist aus einer individualethischen Sichtweise das Prinzip Respekt für Autonomie die erste maßgebliche Komponente (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 106ff.). Der Respekt für Autonomie umschreibt das, was wir anderen Menschen aufgrund ihres Menschseins – und damit ihrer Würde – schulden (vgl. Schröder 2007: 186ff.; vgl. Streithofen 1979: 83ff.). Es handelt sich in der Interpretation von Gillon um eine externe Positionierung, insofern ein anderer Mensch aufgrund seines Menschseins respektiert wird. Eine interne Komponente ist aus meiner Sicht darin zu fassen, dass es nicht nur um des jeweils anderen willen geschieht, sondern weil die Autonomie als an sich wertvoll erscheint (vgl. Gillon 2015: 112ff.). Diese Objektivität von Werten kann auch dadurch zum Vorschein kommen, dass ein Wert nicht ausschließlich bedeutsam ist, sollten einzelne Individuen durch seine Verwirklichung profitieren. Als grundlegender Bestandteil von moralischen Werten gilt eine wechselseitige Gleichheit (vgl. Höffe 2004: 136ff.; vgl. Pfeifer 2013: 29ff.). In diesem Zusammenhang beschreibt dieses Prinzip nicht das Verständnis von Selbstbestimmung an sich, sondern betont die Bedeutung von selbstbestimmten Lebensweisen. Dafür scheint die Zuhilfenahme von Werten essenziell, weil diese aus einer rein subjektiven Positionierung zu einer objektivierbaren Allgemeinheit beitragen (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 21ff.; vgl. Ornstein 1946: 54ff.).

Das sogenannte Personalitätsprinzip der christlichen Sozialethik betont die Wichtigkeit jedes menschlichen Wesens – mit dem Verweis auf dessen Würde. In diesem Zusammenhang sind sowohl spezifische Aspekte einer Person maßgeblich als auch die Gleichheit und gemeinschaftliche Verbundenheit. Demnach ist jede Person einmalig, verfügt über sich selbst und darf nicht instrumentalisiert werden (vgl. Kerber 1998: 28ff.). Eine menschliche Gesellschaft löst jedoch keinesfalls die Individuen als rein statistische Bezugspunkte auf, sondern gewährt überhaupt erst die freie Entfaltung der eigenen Le-

bensvorstellungen (vgl. ebd.; vgl. Quante 1998: 215ff.). In dieser Überlegung ist eine Form von Autonomie erkennbar, welche jeder Mensch grundsätzlich besitzt und die wiederum von den Mitmenschen respektiert werden muss (vgl. Furger 1991: 134ff.). Kerber beschreibt jene Freiheit wie folgt: »Der Mensch als Herr seiner Akte ist Ursache dessen, was nur von ihm abhängt.« (Kerber 1998: 30) Er verweist auf die Eigenständigkeit eines menschlichen Subjekts, welches das Leben nach bestimmten Vorstellungen und Ideen gestalten kann (vgl. Furger 1991: 134ff.). Für das bereits formulierte Konzept von Selbstbestimmung hat das Personalitätsprinzip deshalb eine vergleichbare Relevanz wie das Prinzip Respekt für Autonomie. Es geht nicht direkt um die Ausformulierung und Konkretisierung des Begriffs Selbstbestimmung an sich, sondern vielmehr um die Förderung und Berücksichtigung dessen, was eine persönliche Lebensgestaltung sein kann. Demnach trägt die Würdigung des Personalitätsprinzips dazu bei, die Fähigkeit zu einem selbstbestimmten Leben zu stärken (vgl. Kerber 1998: 32ff.; vgl. Streithofen 1979: 79ff.).

6. Schlussbetrachtung

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, dass die Selbstbestimmung eines sterbewilligen Menschen aus einer ethischen Sicht gerechtfertigt werden kann, wenn persönliche Befindlichkeiten artikulierbar und der jeweilige Entschluss begründbar sind (vgl. Buchs 2018: 228ff.). Die Ausrichtung an den beiden dargestellten Prinzipien ermöglicht eine Wertschätzung anderer Menschen und ihrer Bedürfnisse (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 106ff.). Während Respekt für Autonomie in Form von »Ich schulde es dieser Person« zum Vorschein kommt, wird dies durch »Es wird mir von anderen eingeräumt« im Personalitätsprinzip verständlich. Insofern beide Prinzipien zusammengeführt werden, bilden sie ein Konstrukt für die Achtung von Selbstbestimmung (vgl. Schröder 2007: 187ff.). In Bezug auf den assistierten Suizid erscheint diese Umgangsform beziehungsweise diese wertbezogene Haltung ausschlaggebend (vgl. Menke 2010: 677ff.).

Das medizinische Fachpersonal bietet in den meisten Fällen die erste Anlaufstelle für Fragen rund um den assistierten Suizid. Auch aus diesem Grund ist die Beziehung zwischen Betroffenen und Mediziner*innen von immenser Bedeutung für die Selbstbestimmung. Zahlreiche Hindernisse für die vollumfängliche Umsetzung eines selbstbestimmten Agierens sind im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge denkbar. Die eigens wahrgenommene ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung könnte dazu beitragen, sich als Mediziner*in dem Wunsch nach assistiertem Suizid komplett zu verschließen (vgl. Kreß/Huber 2011: 31; vgl. Schockenhoff 2016: 84ff.). Herausforderungen eröffnen sich möglicherweise durch die Beziehung zwischen Betroffenen und dem medizinischen Fachpersonal. Diesbezüglich könnte beiden Parteien eine Art von Befangenheit attestiert werden (vgl. Sahn 2020: 445ff.; vgl. Schaber 2017: 102ff.). Eine weitere Problematik entsteht vor allem durch die soziale Gemeinschaft, sollte die rechtlich geschaffene Möglichkeit des assistierten Suizids zu einer Erwartungshaltung beitragen, wonach Personen mit bestimmten Krankheiten diese Optionen scheinbar wahrnehmen müssen. In diesem Sinne könnte von den Verwandten, anderen Patient*innen oder

den Freund*innen ein Anraten zum assistierten Suizid erfolgen (vgl. Cohen-Almagor 2016: 354ff.). Dazu zählen etwa Erklärungen zu finanziellen Nöten durch weiterführende Behandlungen, andauernde Belastungen für pflegende Angehörige oder vermeintlich schöne Formulierungen, wonach der Tod das Leiden beenden kann. In diesen Fällen wird eine Selbstbestimmung in ihrem Umfang limitiert (vgl. Krefß/Huber 2011: 31; vgl. Quante 1998: 223ff.). Dessen ungeachtet ist ein gewisses Maß an selbstbestimmter Lebensweise nicht abzusprechen. Die Bezugnahme auf die beiden bisher beschriebenen Prinzipien – Respekt für Autonomie und Persönlichkeitsprinzip – fördert die Wahrung der Selbstbestimmung und kann zudem eine Bewusstseinsbildung ermöglichen (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 12ff.; vgl. Furger 1991: 134ff.).

Nicht nur die Betroffenen selbst sind hierbei Gefahren und Hindernissen ausgesetzt, sondern in vergleichbarer Weise auch die Mediziner*innen. Für alle Menschen geht es um die Verwirklichung bestimmter Ziele und Überlegungen, welche auch für Peter Schaber durch moralische Werte getragen werden (vgl. Schaber 2017: 104ff.). Je nachdem, welche Entscheidung schlussendlich getroffen wird, kommt es zu einer Beschränkung der Leit- und Lebensvorstellungen einer anderen Person. Auch wenn damit vollumfängliche Formen der Selbstbestimmung nicht realistisch erscheinen, sind sie doch in graduelltem Maße vorhanden (vgl. Krefß/Huber 2011: 31; vgl. Schockenhoff 2016: 86ff.).

Durch die bisherige Untersuchung wurde deutlich, dass externe und interne Einflüsse nicht gleich zu einer kompletten Fremdbestimmung führen. Der sprichwörtliche Umfang von Selbstbestimmung ist im positiven Sinne sehr wohl durch eine kommunikative und empathische Vorgehensweise erweiterbar, sofern sich Personen unterstützen (vgl. Schmidhuber 2020: 35ff.). Dies erfordert ein Absehen von rein subjektiven Interessen und versucht vielmehr das jeweilige Gegenüber ernst zu nehmen (vgl. Quante 1998: 208ff.; vgl. ders. 2011: 597ff.).

Es braucht eine offene Haltung und die Akzeptanz, dass derartige Schwierigkeiten häufig nicht alleine zu lösen sind. Somit wird nicht nur das Individuum zu einer stärkeren Aufmerksamkeit ermutigt, sondern es sind in gleichem Maße institutionelle Rahmenbedingungen in entsprechender Weise anzupassen (vgl. Gillon 2015: 112ff.). Dies ermöglicht auch medizinischen Fachleuten eine Reduktion der Unsicherheit, wie genau mit diesen Menschen umzugehen ist (vgl. Krefß/Huber 2011: 31; vgl. Cohen-Almagor 2016: 349ff.). Nach Huber, Krefß und Sahm haben Mediziner*innen nicht nur die Verpflichtung zur Lebenserhaltung, sondern sollen auch ein würdiges Sterben möglich machen. Müller-Busch spricht hier von einer Begleitung, welche sich durch einen Dialog mit allen Beteiligten auszeichnet und bestimmte Werte für die weitere Vorgehensweise thematisiert (vgl. Müller-Busch 2016: 20ff.). Eine strikte Ablehnung ist meines Erachtens genauso unangebracht wie die unbedachte Zustimmung zum assistierten Suizid. Entscheidend sind nicht die von außen zugeschriebenen Wünsche und Vorstellungen eines guten Lebens, sondern die Eruerung dessen, was sich die sterbwillige Person selbst von ihrem Leben und Sterben wünscht (vgl. Schmidhuber 2020: 63ff.; vgl. Giger-Bütler 2018: 220ff.).

Mit der präsentierten Idee von Selbstbestimmung wird ein praxisnaher Umgang mit sterbwilligen Personen möglich. Neben theoretischen Überlegungen sprechen gleichermaßen empirische Daten für eine graduelle Vorstellung selbstbestimmter Entscheidungs- und Handlungsweisen. Nun ist es aus ethischer Sicht geboten, die

Selbstbestimmung von Individuen im Rahmen des assistierten Suizids zu berücksichtigen und bestmöglich zu fördern, wozu das Prinzip Respekt für Autonomie und das Personalitätsprinzip gute Orientierungspunkte liefern.

Literatur

- Anderson, Joel: »Relationale Autonomie 2.0«, in: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, Paderborn: mentis 2013, S. 61–75.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: *Principles of biomedical ethics*, New York/Oxford: Oxford University Press 2013.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: *Principles of biomedical ethics*, New York/Oxford: Oxford University Press 2019.
- Beyer, Christian: »Moralische Personalität, Willensfreiheit und Verantwortung«, in: *Zeitschrift für philosophische Forschung* 58 (2004), S. 167–191.
- Bobbert, Monika/Werner, Micha H.: »Autonomie/Selbstbestimmung«, in: Christian Lenk/Gunnar Duttge/Heiner Fangerau (Hg.), *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen*, Berlin, Heidelberg: Springer 2014, S. 105–114.
- Bozzaro, Claudia: »Assistierter Suizid zur Linderung unerträglichen Leidens?«, in: *Forum* 30(5) (2015), S. 389–392.
- Buchs, Stefan: »Ärzteethos und Suizidbeihilfe. Theologisch-ethische Untersuchung zur Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz«, in: Daniel Bogner/Markus Zimmermann (Hg.), *Studien zur theologischen Ethik* 151, Basel: Schwabe Verlag Basel 2018.
- Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW) (2021): Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt: Sterbeverfügungsgesetz u.a., <https://www.oesterreich.gv.at/Gesetzliche-Neuerungen/Bundesgesetzblatt/sterbeverfuegungsgesetz.html> vom 20.03.2023.
- Burger, Rudolf: »Willensfreiheit als philosophisches Problem«, in: *Leviathan* 38 (2010), S. 119–130.
- Cohen-Almagor, Raphael: »Patient's Autonomy, Physician's Convictions and Euthanasia in Belgium«, in: *Jahrbuch für Recht und Ethik/Annual Review of Law and Ethics* 24 (2016), S. 343–356.
- de Oliveira Silva, Felipe/Ferreira, José V./Plácido, Jéssica/Sant'Anna, Paula/Araújo, Juliana/Marinho, Valeska/Laks, Jerson/Camaz Deslandes, Andrea: »Three months of multimodal training contributes to mobility and executive function in elderly individuals with mild cognitive impairment, but not in those with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial«, in: *Maturitas* 126 (2019), S. 28–33.
- Down-Syndrom Österreich: Down-Syndrom – was nun?, <https://www.down-syndrom.at/down-syndrom-was-nun/vom-20.03.2023>.
- Frankfurt, Harry G.: »Freedom of the Will and the Concept of a Person«, in: Michael F. Goodman (Hg.), *What Is a Person?*, Totowa: Humana Press 1988, S. 127–144.
- Furger, Franz: *Christliche Sozialethik. Grundlagen und Zielsetzungen* (Kohlhammer Studienbücher Theologie, Band 20), Stuttgart: Kohlhammer 1991.

- Giger-Bütler, Josef: Wenn Menschen sterben wollen. Mehr Verständnis für einen selbstbestimmten Weg aus dem Leben, Stuttgart: Klett-Cotta 2018.
- Gillon, Raanan: »Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics«, in: *Journal of Medical Ethics* 41 (2015), S. 111–116.
- Herbst, Ina: Demenz und das Recht auf Nichtwissen. Die frühe Krankheitsphase zwischen Autonomie und Verantwortung, Paderborn: Brill/mentis 2021.
- Höffe, Otfried: Wirtschaftsbürger, Staatsbürger, Weltbürger. Politische Ethik im Zeitalter der Globalisierung, München: C.H. Beck 2004.
- Horn, Christoph/Mieth, Corinna/Scarano, Nico: Immanuel Kant Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Kommentar von Christoph Horn, Corinna Mieth und Nico Scarano (Suhrkamp Studienbibliothek, Band 2), Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2015.
- Kerber, Walter: Sozialethik (Urban-Taschenbücher, Band 397), Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer 1998.
- Kreß, Hartmut/Huber, Wolfgang: »Assistierter Suizid?«, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 44 (2011), S. 31.
- lebensende.at: Rechtslage in Österreich. Rechtslage international, Institut für Ehe und Familie, <https://www.lebensende.at/rechtslage.html> vom 20.03.2023.
- MEDICLIN: Burnout: Ausgebrannt und erschöpft, <https://www.mediclin.de/medizin-gesundheit/ratgeber-gesundheit/artikel/psyche-koerper/stress-burnout/burnout-ausgebrannt-und-erschoepft/vom-20.03.2023>.
- Menke, Christoph: »Autonomie und Befreiung«, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 58 (2010), S. 675–695.
- Müller-Busch, Christof H.: »Entscheidungen am Lebensende und Respekt vor Autonomie – Möglichkeiten und Grenzen der Palliativmedizin«, in: Johann Platzer/Franziska Großschädl (Hg.), *Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog*, Berlin: Nomos Verlagsgesellschaft 2016, S. 17–30.
- Nida-Rümelin, Julian: Verantwortung (Reclams Universal-Bibliothek, Band 18829), Stuttgart: Reclam 2011.
- Ornstein, Hans: Macht, Moral und Recht. Studien zur Grundproblematik menschlichen Zusammenlebens, Bern: A. Francke AG 1946.
- Oshana, Marina A. L.: »Autonomy and Self-Identity«, in: John Christman/Joel Anderson (Hg.), *Autonomy and the challenges to liberalism. New essays*, Cambridge: Cambridge Univ. Press 2005, S. 77–100.
- Pfeifer, Volker: Didaktik des Ethikunterrichts. Bausteine einer integrativen Wertevermittlung, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2013.
- Quante, Michael: »Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen?«, in: *Ethik in der Medizin* 10 (1998), S. 206–226.
- Quante, Michael: »In defence of personal autonomy«, in: *Journal of Medical Ethics* 37 (2011), S. 597–600.
- Sahm, Stephan: Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht (Kultur der Medizin, Band 21), Frankfurt a.M.: Campus 2006.
- Sahm, Stephan: »Ärztlich assistierter Suizid«, in: *Der Onkologe* 26 (2020), S. 443–448.

- Schaber, Peter: »Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid«, in: *Ethik in der Medizin* 29 (2017), S. 97–107.
- Schälike, Julius: »Moralische Verantwortung, Freiheit und Kausalität. Versuch der Auflösung des Patts zwischen Kompatibilisten und Inkompatibilisten«, in: Johannes L. Brandl/Marian David/Maria E. Reicher et al. (Hg.), *Grazer philosophische Studien. Internationale Zeitschrift für analytische Philosophie* 78, Amsterdam/New York: Rodopi 2009, S. 69–99.
- Schermer, Maartje H. N./Richard, Edo: »On the reconceptualization of Alzheimer's disease«, in: *Bioethics* 33 (2019), S. 138–145.
- Schmidhuber, Martina: *Ein gutes Leben für Menschen mit Demenz. Ethische Herausforderungen in Betreuung und Pflege (Ethik der Lebenswelten, Band 6)*, Wien/Münster: Lit Verlag 2020.
- Schockenhoff, Eberhard: »Selbstbestimmtes Sterben? Zur Funktion des Autonomiearguments in der Debatte um die Sterbehilfe«, in: Walter Schaupp/Wolfgang Kröll/Hans-Walter Ruckenbauer (Hg.), *Medizin – Macht – Zwang. Wie frei sind wir angesichts des medizinischen Fortschritts?*, Berlin: Nomos Verlagsgesellschaft 2016, S. 71–89.
- Schröder, Peter: »Ein vier-Prinzipien-Ansatz für die Bioethik«, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 51 (2007), S. 182–198.
- Singer, Peter: *Praktische Ethik*. Aus dem Englischen übersetzt von Jean-Claude Wolf (Universal-Bibliothek, Band 8033), Stuttgart: Reclam 1984.
- Stier, Marco: »Handlungsfreiheit, (Nicht-) Können und Zwang«, in: Michael Kühler/Markus Rüter (Hg.), *Handbuch Handlungstheorie: Grundlagen, Kontexte, Perspektiven*, Stuttgart: J.B. Metzler 2016, S. 237–247.
- Stier, Marco: »Willensfreiheit«, in: Michael Kühler/Markus Rüter (Hg.), *Handbuch Handlungstheorie: Grundlagen, Kontexte, Perspektiven*, Stuttgart: J.B. Metzler 2016, S. 248–258.
- Streithofen, Heinrich B.: *Macht und Moral. Die Grundwerte in der Politik*, Stuttgart: Kohlhammer 1979.
- Wagner, Edgar/Brockner, Lars: »Hirntodkriterium und Lebensgrundrecht«, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 29 (1996), S. 226–230.
- Welsh, Caroline: »Sterbehilfe und Sterbebegleitung in gegenwärtiger Literatur und Medizin«, in: *Zeitschrift für Germanistik* 25, (2015), S. 499–513.
- Whitehouse, Peter J.: »Ethical issues in early diagnosis and prevention of Alzheimer disease«, in: *Dialogues in Clinical Neuroscience* 21 (2019), S. 101–108.

Der Bruch mit dem eigenen Leben: Autonomer Suizid und biographische (In-)Kohärenz

Hannah Mrozynski

In seinem Urteil vom Februar 2020 hat das deutsche Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende der höchstpersönlichen Sphäre des Individuums zugesprochen. Diese Sphäre umfasst die Deutungshoheit über die dem eigenen »Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive«, welche sich »einer Beurteilung nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit« entziehen (2 BvR 2347/15, Rn. 340). Gleichwohl betont das Bundesverfassungsgericht, dass jenes Recht »nicht losgelöst von der tatsächlichen Möglichkeit zu freier Willensentschließung« betrachtet werden kann (ebd., Rn. 241). Die Beurteilung, ob diese Möglichkeit beziehungsweise Fähigkeit vorhanden ist, hat sich aber durchaus an objektiven Maßstäben zu orientieren: Mithin kritisiert das Bundesverfassungsgericht die bisherige Praxis kommerzieller Suizidhilfvereine hinsichtlich unzureichender beziehungsweise fehlender gutachterlicher Standards zur Sicherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit (ebd., Rn. 249). In seinem Urteil definiert es den lange Zeit umstrittenen Rahmen einer autonomen Willensbildung in Bezug auf den Suizid als Entschluss, der »auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider« getroffen wird (ebd., Rn. 240; 242). Überdies muss die Entscheidung »von einer gewissen ›Dauerhaftigkeit‹ und ›inneren Festigkeit‹ getragen« sein (ebd., Rn. 244, Herv. i. O.) und darf nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer akuten psychischen Erkrankung stehen oder infolge unzulässiger äußerer Einflussnahme getroffen worden sein (ebd., Rn. 241; 243).

Das dieser Definition innewohnende Spannungsfeld zwischen der Betonung höchstpersönlicher Überzeugungen und der gleichzeitigen Bezugnahme auf allgemeine Kriterien einer rationalen Abwägung löst sich etwas auf, wenn man sich bewusst macht, dass das Bundesverfassungsgericht das Recht auf den selbstbestimmten Suizid nicht mehr von »materiellen Kriterien« (ebd., Rn. 340), zum Beispiel einer unheilbaren körperlichen Erkrankung, abhängig macht, wie etwa gemäß dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 (BVerwG 3 C 19.15, Rn. 31). Vielmehr wird der Fokus auf den Willensbildungsprozess verschoben, der zur Suizidentscheidung führte: Mag die Gewichtung der jeweiligen Gründe und Motive auch gänzlich dem Individuum vorbehalten

ten sein, muss sie in prozeduraler Hinsicht doch eine gewisse Binnenrationalität¹ aufweisen. Aus der Hervorhebung des Prozesses ergibt sich allerdings verkomplizierend, dass eine zum Zweck der praktischen Evaluation der Freiverantwortlichkeit operationalisierte Form der obengenannten Kriterien einer autonomen Suizidentscheidung, welche nur eine Momentaufnahme der Selbstbestimmungsfähigkeit zum Erhebungszeitpunkt zulässt, den Kern der Definition des Bundesverfassungsgerichts womöglich nicht vollständig abbildet. Obwohl das Bundesverfassungsgericht hier auf die Grundsätze der Einwilligung in Heilbehandlungen verweist (vgl. 2 BvR 2347/15, Rn. 242f.), gilt es doch zu bedenken, dass die Tragweite eines Suizidentschlusses weit über den Kontext üblicher medizinischer Eingriffe hinausreicht. Denn es handelt sich weder um die individuelle Abwägung einer kurativen Behandlung mit kalkulierbarem Risiko-Erfolgs-Verhältnis, noch um eine »klassische« Entscheidung zum Therapieziel am Lebensende: Wie das Bundesverfassungsgericht betont, darf das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gerade nicht von bestimmten Lebens- oder Krankheitsphasen abhängig gemacht werden (vgl. ebd., Rn. 210). Somit ist eine Analogie zum Abbruch langwieriger intensivmedizinischer Maßnahmen oder zur Ablehnung einer palliativen Chemotherapie nur begrenzt möglich. Es geht vielmehr um eine grundsätzliche Abwägung zwischen dem Weiterleben und dem Tod. Die Vorstellung, dass der selbstbestimmte Suizid den »narrative arc of one's life« (Richards 2017: 9) wohlwogen im Sinne eines stimmigen »Schlussakkords« vervollständigt, ist dabei nur eine Version von vielen (vgl. Streeck 2018: 217). Denn es geht auch um den Abbruch des eigenen Lebenswegs, den mitunter verbitterten oder resignativen Bruch mit der bisherigen, gegenwärtigen oder potenziellen künftigen Biographie. Mit anderen Worten: Verhält sich die Entscheidung zum Suizid konsistent mit dem aus der Biographie erkennbaren Selbstbild und Lebensweg, oder wirkt sie inkohärent? Besteht das Gefühl, die eigene Biographie harmonisch abzuschließen oder geht es um die Auflehnung gegen ein Leben, mit dem man sich nicht (mehr) identifizieren kann? Wird diese Auflehnung als verzweifelter Ausweg empfunden oder als zwar radikale, aber selbstbestimmte Zäsur im Sinne des Versuchs, jene Harmonie (wieder-) herzustellen? Mag Letztere auch nicht mehr selbst »erlebt« werden, lässt sich im Bedürfnis, die Kontrolle über besagten Bogen des Lebens zu behalten, doch eine Reflexion der eigenen Identität erkennen: So wird gerade bei Suiziden im hohen Alter das Ringen darum, das eigene biologische Leben nicht das biographische, soziale Leben überdauern zu lassen, oft als Suche nach der Person, die man sein und als die man erinnert werden will, verstanden (vgl. Richards 2017: 9).

Wenngleich ein Durchlaufen des besagten biographisch reflektierenden Prozesses keinen normativ-präskriptiven Status bei der Evaluation der Autonomie von Todeswünschen auszufüllen vermag (vgl. Streeck 2018: 227), kann bei der Beurteilung des Willensbildungsprozesses die zeitliche Längsachse der präsuizidalen Entwicklung auch nicht gänzlich unberücksichtigt bleiben. Bislang kommt diesem Aspekt jedoch noch kein relevanter Stellenwert zu, obwohl es umfassende konzeptuelle Überlegungen zu den Kriterien einer realitätsbezogenen, rationalen Abwägung (vgl. Battin 1995; vgl.

1 Zum Begriff der Binnenrationalität einer Suizidentscheidung s.a. die Ausführungen von C. F. Gethmann im Rahmen der Plenarsitzung des Deutschen Ethikrats (2020): Recht auf Selbsttötung?, S. 17 und S. 47 der transkribierten Onlineveranstaltung vom 22.10.2020.

Werth 1995) beziehungsweise authentischen Entscheidung zum Suizid (vgl. Ahlzen 2020; vgl. Zürcher 2022) gibt. Auch die Frage nach dem Umgang mit der kausalen Bedeutung psychischer Erkrankungen wird in diesem Kontext diskutiert (vgl. Zürcher 2022: 5f.). Während sich im ethischen Diskurs herauskristallisiert, dass eine Differenzierung des Selbstbestimmungsrechts nach dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung diskriminierend ist und für die Gewährung von Suizidhilfe allein die autonome Entscheidungsfindung maßgeblich ist (vgl. Braun 2023: 3f.; vgl. Shaw/Trachsel/Elger 2018: 393f.; vgl. Zürcher 2022: 8), sind Ansätze zur Konzeptualisierung der Selbstbestimmungsfähigkeit hinsichtlich der praktischen Evaluation von Suizidwünschen rar. Doch lässt sich argumentieren, dass angesichts der Höhe des Einsatzes eine autonome als eine authentische Willensbildung zum Suizid verstanden werden sollte, also eine mit dem innersten Kern, dem »wahren Selbst« der*des Betroffenen kohärente Entscheidung (vgl. Zürcher 2022: 6f.). Bemerkenswert ist, dass keiner der im deutschen Bundestag vorgelegten Gesetzesentwürfe das vom Bundesverfassungsgericht als Komponente des präsuizidalen Abwägungsprozesses genannte Selbstbild erwähnt. Stattdessen wird auf die Gewährleistung der externen Voraussetzungen einer autonomen Entscheidung im Sinne von Beratungs- und Aufklärungspflichten unterschiedlichen Umfangs gesetzt. Auch das Kriterium der Dauerhaftigkeit wird nicht in biographisch-retrospektiver Hinsicht, sondern lediglich in Form von Wartefristen beziehungsweise erneuten Beratungsterminen adressiert (BT-Drs. 20/2332: 6f.; 20/2293: 5; 20/904). Indes deuten empirische Daten auf eine sehr individuelle zeitliche Dynamik von Todeswünschen hin (vgl. van Wijngaarden et al. 2021: 7), weshalb starr definierte Wartefristen für eine Grenzziehung in der Praxis eher ungeeignet beziehungsweise ungerecht erscheinen (vgl. Henking 2022: 71).

Für diesen Beitrag möchte ich die Dauerhaftigkeit gemeinsam mit dem Selbstbild herausgreifen, um zu problematisieren, dass diese Kriterien bei der Evaluation von Suizidwünschen stärker berücksichtigt werden sollten. Anhand des narrativ-biographischen Ansatzes gebe ich ein Beispiel, wie die Annäherung an das Selbstbild in die praktische Beurteilung der Autonomie von Suizidentscheidungen integriert werden kann. In Verbindung mit der Dauerhaftigkeit versuche ich anschließend zu zeigen, inwiefern sich insbesondere die zeitliche Dimension dieser Kriterien besser anhand der biographischen Stimmigkeit beziehungsweise Kohärenz des Suizidwunsches abbilden lässt als etwa durch Wartefristen, und somit vorhandene Konzepte sinnvoll ergänzen kann.

Selbstbild und Authentizität

Es mag seine Gründe haben, warum man sich bei den Vorschlägen zur Neuregelung der Suizidhilfe der Eingrenzung des Selbstbildes enthält. Schließlich handelt es sich nicht um ein geschlossenes Konstrukt, das sich einer Person mit Hilfe einer Kombination von extern vordefinierten Attributen ohne Weiteres zuschreiben ließe. Dennoch wird es vom Bundesverfassungsgericht (2020) ausdrücklich zu den Komponenten einer autonomen Abwägung gezählt und wiederholt als zentrales Element eines selbstbestimmten Todes benannt (2 BvR 2347/15, Rn. 240, 247 beziehungsweise 207, 259, 279). Es lohnt daher, nach

einem Rahmen für die theoretische Konzeptualisierung und praktische Umsetzung dieses Kriteriums zu suchen. Das Bundesverfassungsgericht verknüpft in seinem Urteil das Selbstbild mit den Begriffen »Identität«, »Individualität«, »Persönlichkeit« und »Selbstverständnis« (ebd., Rn. 207). Entsprechend beziehe ich mich in diesem Beitrag auf ein dem Individuum vorbehaltenes »evaluative[s] Selbstbild, in dem eine Person festlegt, wer sie ist und sein will« und dem die Annahme zugrunde liegt, »dass Personen nicht nur ein Leben haben, sondern ihr Leben im Lichte von Überzeugungen, Wertvorstellungen sowie Plänen und Selbstentwürfen führen« (Quante 2010: 6).

Zunächst soll es um die Frage gehen, inwiefern jenes evaluative Selbstbild in Zusammenhang mit der autonomen Willensbildung zum Suizid steht. Wie eingangs erwähnt, repräsentiert das Kriterium des Selbstbildes die höchstpersönliche Sphäre des Individuums, die es erlaubt, »dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen« (2 BvR 2347/15, Rn. 210). Doch wie lässt sich herausfinden, ob dies bei einem individuellen Suizidentschluss der Fall ist? Denn die Tatsache, dass die Entscheidung für Außenstehende schlüssig dargestellt wird (BT-Drs. 20/2293: 4f.), bedeutet nicht zwangsläufig, dass sie das wiedergibt, was mit den langfristigen Sinn- und Wertvorstellungen der betreffenden Person übereinstimmt. Muss aber nicht angesichts der unumkehrbaren Konsequenzen einer Selbsttötung so weit wie möglich sichergestellt werden, dass es sich um eine authentische Entscheidung handelt, die mit den innersten Wünschen, Werten und Zielen dieser Person harmoniert? Gemäß einem von Zürcher et al. (2019) vorgeschlagenen Ansatz lässt sich dieser Gedanke in die praktische Evaluation der Selbstbestimmungsfähigkeit integrieren, indem man die Entscheidung anhand des hierarchischen Autonomiemodells von Harry Frankfurt auf ihre Kohärenz mit dem Selbstkonzept dieser Person überprüft.² Demnach haben wir einen autonomen, freien Willen, »when what we want is what we want to want« (Frankfurt 2004: 177), wenn wir uns also mit unserem aktuellen Willen identifizieren. Wenn genau diejenigen Wünsche handlungswirksam werden, die wir haben wollen – von denen wir also wollen, dass sie unser Handeln leiten – und keine Konflikte zu anderen Wünschen bestehen, dann sind wir nach Frankfurt »thoroughly wholehearted both in what we are doing and in what we want« und haben »all the freedom for which finite creatures can reasonably hope« (ebd.: 178). Das bedeutet allerdings nicht, dass im Umkehrschluss das bloße Vorhandensein von konkurrierenden Wünschen unsere Freiheit einschränkt: Vielmehr geht es darum, Wünsche zu reflektieren und sich für diejenigen zu entscheiden, die am stärksten mit dem übereinstimmen, was uns ausmacht und wer wir sein wollen – mit anderen Worten: unserem Selbstbild. Zürcher et al. übertragen Frankfurts Überlegungen auf den klinisch-praktischen Kontext, indem sie es auf ein etabliertes Konzept zur Evaluation der Einwilligungsfähigkeit, das *four abilities model* von Grisso und Appelbaum (1998), anwenden. Dem Modell zufolge erfordert die autonome Einwilligung in eine medizinische Behandlung (bzw. deren Ablehnung), dass die für den Entscheidungsrahmen relevanten Informationen erfasst (*understanding*) und auf die eigene Situation übertragen werden können (*appreciation*). Auf diesen Grundlagen müssen die besagten Informationen für einen Entscheidungsprozess

2 Zur ausführlichen Erläuterung von Frankfurts Theorie s.a. die Beiträge von Johanna Stolze und Mario Kropf in diesem Band.

genutzt (reasoning) und die getroffene Entscheidung schließlich artikuliert werden (express a choice). Wichtig ist, dass es beim reasoning-Kriterium nicht um das »vernünftige« Ergebnis einer Abwägung geht, sondern um deren formalen Prozess, also den (kognitiven) Umgang mit der Komplexität der Möglichkeiten, die Konsistenz der eigenen Annahmen und die Fähigkeit, Schlüsse aus ihnen zu ziehen. Weiter unterscheidet sich das appreciation- vom understanding-Kriterium insofern, als die relevanten Informationen und Umstände nicht nur erfasst, sondern als bedeutsam für die eigene Person anerkannt werden müssen (vgl. Zürcher/Elger/Trachsel 2019: 3,7; s.a. Grisso/Appelbaum 1998). Hierfür ist es aber erforderlich, dass eine Person ihre Wünsche und Motive sowohl versteht als auch reflektierend Stellung zu ihnen beziehen kann vor dem Hintergrund dessen, was sie im Kern ausmacht, worin ihre fundamentalen Werte und Lebensziele bestehen und wer sie sein will. Stimmt eine Therapieeinwilligung (bzw. -ablehnung) mit diesem internen System überein, ist sie authentisch (vgl. Zürcher/Elger/Trachsel 2019: 8ff.; vgl. Zürcher 2022: 5f.). Indem der Ansatz den höchstpersönlichen Bereich des appreciation-Kriteriums mit dem Begriff des freien Willens in Verbindung bringt, erlaubt er, die Bedeutung interner Zwänge auf den Entscheidungsprozess konkreter zu adressieren, als dies das bioethische Autonomieprinzip klassischerweise vorsieht. Mithin eignet er sich besonders für die Frage, inwieweit psychische Erkrankungen eine autonome Suizidentscheidung zulassen beziehungsweise verhindern: Ausschlaggebend ist demnach nicht, ob ein Suizidwunsch mit einer psychischen Erkrankung in Zusammenhang steht, sondern ob die betreffende Person sich im Wissen um die Einflüsse ihrer Erkrankung unter Berücksichtigung ihrer langfristigen Überzeugungen kritisch-reflektierend zu ihrem Wunsch verhalten und ihn auf dieser Grundlage letztendlich annehmen oder verwerfen kann (vgl. Zürcher 2022: 5). Dieses Verständnis einer autonomen Willensbildung zum Suizid geht insofern über die Definition des Bundesverfassungsgerichts hinaus, als es die Möglichkeit, dass ein Suizidwunsch Ausdruck einer psychischen Erkrankung und dennoch autonom sein kann, nicht grundsätzlich zurückweist. Denn die Tatsache allein, dass Wünsche immer auch kausal verursacht sind, macht uns noch nicht unfrei: Bezogen auf den Suizidwunsch infolge einer psychischen Erkrankung ist dies nur dann der Fall – sofern man dem kompatibilistischen Ansatz Frankfurts zustimmt – wenn die Krankheit den Abwägungsprozess so beeinflusst, dass sich ein Wunsch durchsetzt, der inkohärent zu den eigentlichen fundamentalen Interessen der betreffenden Person ist (vgl. Zürcher 2022: 7) beziehungsweise jene Person durch die pathophysiologischen Auswirkungen einer (hinreichend schweren) psychischen Erkrankung auf ihr Denken und ihre Wahrnehmung gar nicht erst in der Lage ist, die geforderte Selbstreflexion zu betreiben: Analog zu Frankfurts Charakterisierung eines »wanton«³ fehlte ihr das Vermögen, sich von den Handlungsimperativen ihrer Erkrankung weit genug zu distanzieren, um diese auf Übereinstimmung mit ihrem Willen prüfen zu können (vgl. Frankfurt 1988: 16–19).

Aus der Forderung nach Authentizität als Maßstab eines autonomen Suizidbegehrens folgt für die Praxis, dass im Vergleich zu den Kriterien des Bundesverfassungsge-

3 Als »wanton« bezeichnet Frankfurt ein Subjekt, das sich von seinen Wünschen treiben lässt, ohne sich damit auseinanderzusetzen, ob es diese überhaupt haben möchte. Dabei kann es durchaus rational agieren und auch Konflikte zwischen verschiedenen Wünschen erfahren, welche von ihnen sich durchsetzen – und damit sein Wille – ist ihm jedoch gleichgültig (Frankfurt 1988: 16f.).

rechts (2020) der formale Zugang zur Suizidhilfe – je nach Ausgangssituation – zugleich erschwert und erleichtert würde: Einerseits hätte die Aufarbeitung des präsuizidalen Entscheidungsprozesses grundsätzlich wesentlich höhere Anforderungen zu erfüllen als dies momentan der Fall ist, andererseits würden Menschen, deren Todeswunsch unter dem Einfluss einer akuten psychischen Erkrankung entstanden ist, nicht a priori ausgeschlossen. Mit dem Wegfallen dieser Schranke für den Zugang zur Suizidhilfe und stattdessen einer stärkeren Gewichtung der Forderung nach Authentizität im Sinne einer Kohärenz mit dem eigenen Selbstbild stellt sich die Frage, ob beziehungsweise wie sich dies im Einzelfall überprüfen und in gutachterliche Standards jenseits der Erhebung von Krankheitssymptomen fassen lässt – sofern man sich im Zuge einer Neuregelung der Suizidhilfe überhaupt für eine verpflichtende Durchführung von Gutachten entscheidet. Es handelt sich hier im Übrigen keineswegs um ein reines Gedankenspiel, da das Bundesverfassungsgericht psychische Erkrankungen zwar als »erhebliche Gefahr für eine freie Suizidentscheidung« bezeichnet, aber nur den akuten Einfluss psychischer Störungen als explizites Ausschlusskriterium einer autonomen Willensbildung zum Suizid kategorisiert (2 BvR 2347/15, Rn. 244 bzw. 241).

Um nun differenzieren zu können, ob sich ein Suizidwunsch infolge einer krankheitsbedingten Verzerrung emotional-kognitiver Prozesse inkohärent zu den eigentlichen Werten und langfristigen Zielen der betreffenden Person verhält oder trotz dieser Einflüsse mit ihrem Selbstbild harmonisiert, bedarf es eines Ansatzes, der eben jenes Selbstbild identifizieren kann. Angesichts des multidimensionalen und per definitionem einzigartigen Wesens dieses Phänomens scheint hier die Operationalisierung in Form eines Fragenkatalogs wenig geeignet. Selbst gut validierte, klassische Erhebungsinstrumente der Selbstbestimmungsfähigkeit, etwa das als klinisch-praktisches Korrelat für das four abilities model von Grisso, Appelbaum und Hill-Fotouhi (1997) entwickelte MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) stehen in der Kritik, gerade die für das Selbstbild einer Person essenziellen Dimensionen nicht ausreichend abbilden zu können. So wird diesem Test beispielsweise eine »cognitive bias« (Breden/Vollmann 2004: 273) vorgeworfen: Demnach ist ein rein kognitiver Ansatz unzureichend, um wichtige Aspekte unserer Lebenswelt zu erfassen, etwa internalisierte Werte und Emotionen, die aber als ebenso wesentliche Faktoren unsere Entscheidungsprozesse mitbestimmen. Mitunter werden Emotionen auch als eigene »Klasse« von Gründen gedeutet (vgl. Hermann/Trachsel/Elger 2016: 6) und es wird argumentiert, dass sie unseren persönlichen Entscheidungen erst »Sinn« verleihen, indem sie diese zu authentischen Entscheidungen machen, mit denen wir uns also innerhalb eines als richtig und sinnvoll verstandenen Lebenskonzepts identifizieren (vgl. Charland/Lemmens/Wada 2016: 5; vgl. Widdershoven et al. 2017: 377). So verortet auch Frankfurts spätere Ausdifferenzierung seiner Theorie personaler Autonomie die Grundlage unserer persönlichen, fundamentalen Wertvorstellungen im Bereich der Sorge (»caring«) und folglich im emotionalen Kontext. Dabei betrachtet er das Gefühl der Liebe als »particular mode of caring« (Frankfurt 2004: 194). Was uns etwas bedeutet und was wir lieben, können wir nicht willentlich steuern, vielmehr ist es die Quelle und Begründung dessen, was wir wollen: »It is not an outcome of reasoning, or a consequence of reasons. It *creates* reasons.« (Ebd.: 184)

Das zuletzt genannte Zitat unterstreicht den untrennbaren Zusammenhang von kognitiven und emotionalen Komponenten der (Selbst)reflexion und damit auch die Bedeutung von Emotionen für das Selbstbild. Hier lässt sich wiederum die Verbindung zur praktischen Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit herstellen und einmal mehr verdeutlichen, dass zu stark abstrahierte Konzepte für so existenzielle Fragestellungen wie den autonomen Suizid nicht nur im Hinblick auf eine adäquate Würdigung philosophischer Gedanken zum freien Willen ergänzungsbedürftig sind: Besonders das appreciation-Kriterium wird eher dem Bereich der Emotionen und Werte als dem kognitiven Bereich zugeordnet (vgl. Charland/Lemmens/Wada 2016: 7). Deshalb wird eine »minimum ethic« (ebd.: 7), die weitestgehend auf den Gesetzeswortlaut reduziert bleibt und Suizidbegehren »exclusively through the lens of cognition« betrachtet (ebd.: 10), emotionale Einflüsse auf die Selbstbestimmungsfähigkeit allzu leicht übersehen. Ebenso wie davor gewarnt wird, durch eine vereinfachte beziehungsweise unzureichende Konzeptualisierung des appreciation-Kriteriums ein normativ nicht begründbares Ausschlusskriterium in Bezug auf psychische Erkrankungen zu schaffen (vgl. Zürcher 2022: 8), birgt also andererseits eine Verharmlosung pathologischer emotionaler Beeinträchtigungen die Gefahr einer »falsch positiven« Attestierung (vermeintlich) autonomer Suizidwünsche (Charland/Lemmens/Wada 2016: 7). Ergänzungsbedarf besteht also hinsichtlich praktischer Ansätze, die das Erfassen der »ganzen Geschichte« zum Ziel haben. Hier können beispielsweise narrativ-biographische Methoden zum Einsatz kommen (vgl. Mrozynski/Kuhn 2022). Die »ganze Geschichte« darf dabei jedoch nicht im Sinne eines Anspruchs auf die vollständigere Erhebung der Selbstbestimmungsfähigkeit in Konkurrenz zu anderen, objektiven Instrumenten verstanden werden. Vielmehr geht es um ein ergänzendes Verständnis der Bedeutung einer Suizidentscheidung im Rahmen des Selbstkonzepts und der Sinnkonstruktionen der betreffenden Person innerhalb ihres individuellen Lebenskontexts – also eben jenes höchstpersönlichen Bereichs, der mit appreciation gemeint ist. Der Erkenntnisgewinn eines narrativen Ansatzes liegt somit nicht in der Festlegung einer »cut-off«-Schwelle für einen autonomen Suizidwillen, sondern »eher auf der Ebene der Klärung von Werthaltungen, die zu jenen Überzeugungen führen, ohne die der Entwurf des eigenen Lebens profillos bleibt« (Lesch 2016: 191). Denn mitunter sind uns die Dinge, die im Leben für uns Bedeutung haben, nicht unbedingt als greifbare Werte bewusst oder können zumindest anderen gegenüber nicht als solche artikuliert werden. Deshalb sind sie einer rationalen Analyse auch nur begrenzt zugänglich, müssen also auf einer subtileren, symbolischen Ebene erfasst werden (vgl. Childress 2002: 125). Narrative Methoden gehen davon aus, dass die Erzählenden im Rahmen einer autobiographischen Darstellung selbst eine Logik beziehungsweise Sinngebung innerhalb der eigenen Lebensgeschichte, ähnlich einer »Moral der Geschichte«, herstellen. Durch ein rein zuhörendes Gegenüber sollen sogenannte »Zugzwänge des Erzählens« generiert werden: Anstatt lediglich auf konkrete Zwischenfragen oder Einwände zu reagieren, werden die Erzählenden zum weiteren Ausführen und Erklären angeregt. Dies solle zwangsläufig dafür sorgen, dass versucht wird, das Dargestellte durch entsprechende Erläuterungen in sich konsistent und überzeugend zu gestalten (vgl. Jakob 1997: 449f.). Letzteres bezieht sich allerdings nicht auf die überzeugende Gestaltung der eigenen Geschichte hinsichtlich einer gezielten Ausrichtung an den abstrakten Zugangskriterien zur Suizidhilfe. Es geht vielmehr darum, als Gegenüber im Gesamt-

kontext zu verstehen, warum und an welcher Stelle die Bedeutung und der Sinn des Narrativs eines individuellen Lebens subjektiv abhandengekommen ist, so wie es bei Menschen mit Suizidwünschen typischerweise der Fall ist (vgl. MacIntyre 1981: 202). An dieser Stelle muss nochmals betont werden, dass bei der Gewichtung narrativer Erkenntnisse bei der Gesamtbeurteilung von Suizidwünschen folgende entscheidende Limitation zu beachten ist: »[A]utobiographies are both epistemically and morally suspect« (Hardwig 1997: 53). Die häufig verzerrte Darstellung der Wirklichkeit muss nicht einmal auf gezielter Manipulation beruhen, sondern kann auch durch Selbsttäuschungen oder Fehleinschätzungen zustande kommen, etwa durch mangelnde Anerkennung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten im Rahmen einer Depression. Dennoch bleibt jene Selbsteinschätzung für den hier interessierenden Kontext des Selbstbildes relevant: »Right or wrong, honest or distorted, an autobiography is, after all, the way I see my life; it expresses the meaning my life has for me. And that is what is important for stories and for medical treatment decisions.« (Ebd.: 56) So kann auch von der seitens des Bundesverfassungsgerichts geforderten »realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung« (2 BvR 2347/15, Rn. 240) nicht erwartet werden, dass alle Erfahrungen lückenlos und »wahrheitsgemäß« wiedergegeben werden. Gemeint muss vielmehr eine realitätsbezogene Abwägung aus der Gegenwartsperspektive sein, die ihrerseits durch das Selbstbild geprägt ist. Gleichzeitig gehen narrativ-biographische Ansätze davon aus, dass das Erzählen eigenerlebter Erfahrungen gegenüber argumentativen Darstellungen den Vorteil hat, der Perspektive der Vergangenheit mehr zu entsprechen und weniger an Kriterien der sozialen Erwünschtheit ausgerichtet zu sein (vgl. Rosenthal 2002: 13) – im vorliegenden Fall also an dem Ziel, die Argumentation an die rechtlichen Maßgaben eines autonomen Suizidwunsches anzupassen. Da sich wiederum die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Ausrichtung am eigenen Selbstbild ohne das Wissen um die Entwicklung jenes Selbstbildes über die Zeit nur unvollständig begreifen lässt, möchte ich im folgenden Abschnitt auf die biographische Komponente einer autonomen Suizidentscheidung eingehen.

Dauerhaftigkeit und Biographie

Das vom Bundesverfassungsgericht aufgestellte Kriterium der Dauerhaftigkeit einer autonomen Suizidentscheidung wird in den bisher von deutschen Bundestagsabgeordneten vorgelegten Gesetzesentwürfen in erster Linie in einem prospektiven Verständnis aufgegriffen, also im Sinne von administrativen Wartefristen zwischen der Anfrage auf Suizidhilfe und deren Umsetzung beziehungsweise wiederholten Begutachtungen (BT-Drs. 20/2293: 5; 20/904: 6; 20/7624: 14). Dies ist in der Praxis allerdings mit der Gefahr verbunden, dass die entsprechenden Fristen für terminal (somatisch) erkrankte Personen eine unzumutbare Hürde darstellen (vgl. Henking 2022: 71; vgl. Shaw/Trachsel/Elger 2018: 394) oder aber durch einen zu kurzen Zeitraum die Möglichkeit verwirkt wird, nicht unheilbar beziehungsweise an psychischen Leiden erkrankten Menschen zu einer lebensbejahenden Perspektive zu verhelfen (vgl. Charland/Lemmens/Wada 2016: 6). Ein Vorschlag von Stewart et al. (2011) zur operationalisierten Erhebung der Selbstbestimmungsfähigkeit im konkreten Kontext von Suizidbegehren betrachtet die Dauerhaftig-

keit dagegen auch in einer retrospektiven Dimension, indem das four-abilities-Modell von Grisso und Appelbaum (1998) um die zeitliche Beständigkeit eines Suizidwunsches und seine Übereinstimmung mit in der Vergangenheit geäußerten Wünschen und Überzeugungen erweitert wird («consistent over time with passed expressed wishes and beliefs» [Stewart/Peisah/Draper 2011: 5]). Indirekt wird in der hier geforderten Kohärenz des Suizidwunsches mit den langfristigen Wünschen und Interessen auch wieder das Selbstbild deutlich, oder besser: Es zeigt sich eine gewisse Verbindungsebene aus den Komponenten des Selbstbildes und der Dauerhaftigkeit, die erkennen lässt, dass beide Kriterien nicht ohne Rückgriff auf eine Vergangenheitsperspektive und damit eine biographische Dimension auskommen.

Auf philosophisch-konzeptueller Ebene gibt auch Harry Frankfurt zu bedenken, dass zwar für die Momentaufnahme einer freien Willensentscheidung die synchrone Kohärenz von Wünschen ausreichend ist; für jene fundamentalen Ziele und Wertvorstellungen, die unserem Willen langfristig Gestalt und Struktur verleihen, ist hingegen eine Kohärenz über die Zeit erforderlich. Denn wenn etwas von langfristiger, bedingungsloser Bedeutung für uns ist, geht dies über ein bloßes Wollen hinaus: »When we do care about something, we go beyond wanting it. We want to *go on* wanting it, at least until the goal is reached. [...] The caring entails, in other words, a commitment to the desire. [...] Caring about something implies a *diachronic* coherence, which integrates the self across time« (Frankfurt 2004: 180). Diese Form der diachronen Kohärenz garantiert allerdings lediglich die Einheit des personalen Selbst im Sinne eines zukunftsgerichteten Einsatzes für unsere Ziele auf der Grundlage gegenwärtiger Wünsche. Sie enthält keinerlei Informationen oder normative Vorannahmen über deren Zustandekommen, was in Frankfurts rein internalistischem Modell auch explizit nicht vorgesehen ist: Demnach folgt aus der kompatibilistischen Akzeptanz von Kausalität und Notwendigkeit, dass jene höherstufigen Wünsche, die von fundamentaler Bedeutung für uns sind – die Wünsche also, auf die sich unser reflektierter Wille bezieht – ihrerseits nicht oder nur begrenzt unserer willentlichen Kontrolle unterliegen (ebd.: 184ff.; vgl. Frankfurt 1988). Frankfurts Modell wird daher kritisiert, manipulativer Einflussnahme nicht standhalten zu können: So spiele es keine Rolle, ob diejenigen höherstufigen Wünsche, die unsere Persönlichkeit konstituieren, zu einem vorherigen Zeitpunkt durch unbemerkte Einflüsse wie einen »allmächtigen Dämon« oder »allgegenwärtige Indoktrination durch totalitäre Systeme« hervorgerufen wurden (Quante 2012: 164f.). Analog übertragen auf die Entstehung von Suizidwünschen bedeutet dies, dass unterschwellige soziale Pressionen und gerade auch hochgradig pathologische Einflüsse auf die Willensbildung, die mit fehlender Krankheitseinsicht einhergehen, nicht als autonomiegefährdend (an)erkannt würden. So gerät Frankfurts Modell an seine Grenzen, wenn es um die Differenzierung zwischen einem episodischen Verlust der Wertschätzung des eigenen (fortgesetzten) Lebens, etwa im Rahmen einer akuten depressiven Episode, und einem im Lichte eines langjährigen, chronifizierten psychischen Leidens entstandenen, reflektierten Suizidwunsch handelt. Schließlich entscheiden wir nicht spontan und unvermittelt, wer wir sind beziehungsweise sein wollen, und müssen anschließend an dieser Position nur für eine gewisse Dauer festhalten, damit uns ab diesem Zeitpunkt von uns selbst und anderen das entsprechende Selbstbild beziehungsweise die entsprechende Persönlichkeit zugeschrieben wird. Dies verdeutlicht, dass zusätzlich eine retrospektive Dimension der Dauerhaftigkeit (wie auch

des Selbstbildes) erforderlich ist: Denn konstitutiv für die Identifikationsakte menschlicher Personen im Sinne einer evaluativen Selbstbewertung ist nicht nur ein antizipierendes, sondern auch ein erinnerndes, realisiertes Selbstverhältnis (vgl. ebd.: 165). Diese Erweiterung führt zur spezifischen Form der biographischen Kohärenz, die sich durch die Bemühungen von Personen um die »Übereinstimmung von antizipiertem und realisiertem Selbstbild« auszeichnet, »welches dabei als Resultat der Einheitsarbeit und des Versuchs von Personen verstanden wird, ihr Leben im Lichte eigener Vorstellungen zu gestalten« und »die eigenen Entwürfe in ihrer Biographie zu realisieren« (ebd.: 165, 167).

An dieser Stelle lässt sich natürlich einwenden, dass es für ein »gutes Sterben« wie auch für das Recht auf den selbstbestimmten Suizid völlig gleichgültig ist, ob der Tod sich stimmig in die eigene Lebensgeschichte einfügt. Indes führt die Forderung nach biographischer Kohärenz als evaluatives Kriterium bei der normativen Beurteilung von Sterbewünschen durchaus zu problematischen Schlüssen: Einerseits folgt aus ihr allzu leicht ein paternalistisch überfordernder Autonomieanspruch, insofern als Suizidwünsche nur dann als autonom anerkannt würden, wenn sie einen kohärenten Zusammenhang mit der bisherigen Biographie aufweisen, aus deren radikaler Ablehnung sie ja womöglich erst entstanden sind. Andererseits ließe sich im Umkehrschluss gar eine moralische Pflicht oder zumindest ein gewisser subjektiver Druck ableiten, biographische Kohärenz herzustellen, indem die eigene Lebensgeschichte mittels Suizid (vermeintlich) stimmig abgeschlossen wird (vgl. Streeck 2018: 230). Es muss daher betont werden, dass die biographische Kohärenz hier aus einer rein deskriptiven Perspektive betrachtet wird: Sie soll dazu dienen, den Bereich des appreciation-Kriteriums näher zu bestimmen, indem die subjektive lebensgeschichtliche Bedeutung von Suizidwünschen untersucht und mit dem darin zum Ausdruck kommenden Selbstbild in Beziehung gesetzt wird. Methodisch eignen sich hierfür zum Beispiel die bereits erwähnten narrativ-biographischen Fallrekonstruktionen des emotional-kognitiven präsuizidalen Entscheidungsprozesses: Anhand einer Kontrastierung der gegenwärtigen Selbstpräsentation mit der Ereignisebene in der Vergangenheit wird rekonstruiert, inwieweit eine (Ent-) Identifikation mit der eigenen Lebensgeschichte besteht und wie hierin die Entscheidung zum Suizid wiederzufinden ist (vgl. Mrozynski/Kuhn 2022; vgl. Rosenthal 2015).

Neben dieser extern rekonstruierenden Perspektive lässt die Betrachtung des subjektiven präsuizidalen Entscheidungsprozesses unter dem Blickwinkel der biographischen Kohärenz auch eine Stellungnahme der Erzählenden zu (vgl. Mrozynski/Kuhn 2022: 4f.): Letztere kann im Sinne eines Anspruchs auf die Deutungs- und Gestaltungshoheit über die eigene Biographie verstanden werden, die somit einer Bewertung von außen nicht zugänglich ist. Angesichts der Unerträglichkeit und subjektiven Unabänderbarkeit des mit jener Biographie verbundenen Leidens wird der Suizid als einzige logische Konsequenz betrachtet. Kohärenzerzeugung kann aber auch im Zuge einer (drohenden) Verselbstständigung der eigenen Biographie als unmöglich erlebt und folglich der Suizid angesichts des erfahrenen Kontrollverlusts als Alternative zum subjektiv aussichtslosen Streben nach Wiederherstellung der Kohärenz (und dem konsekutiven Erleiden von Inkohärenz) gewählt werden. Der Verlust an Kohärenz kann demnach durch eine bestehende oder drohende Diskrepanz zum eigenen Selbstbild in Anbetracht der damit verbundenen Inkohärenzerfahrung zu einem resignativen, bilanzieren-

den oder antizipierenden Bruch mit der eigenen Biographie führen. Zum evaluativen Selbstverhältnis autonomer Personen zählt aber auch, dass Inkohärenzerfahrungen in die Gestaltung der eigenen Lebensgeschichte integriert werden: Sie können nicht nur passiv erduldet, sondern auch aktiv für eine lebensbejahende Neuorientierung genutzt werden, denn Narrative können umgeschrieben und weiterentwickelt werden. Mithin lässt sich eine vermeintliche Selbstaufgabe auch als Akzeptanz im Sinne einer vernünftigen Anpassung an die gegebenen Umstände deuten, die zu einer Reifung der Persönlichkeit führt. So ist es gerade ein entscheidendes Merkmal (autonomer) personaler Lebensführung, dass Vergangenes aus der Gegenwartsperspektive »gedeutet und gelegentlich umgedeutet« wird, wobei die betreffende Person »eine grundlegende Veränderung (bzw. Umorientierung) ihrer Persönlichkeit herausstreichen« und damit zum Ausdruck bringen kann, »dass diese Veränderung das Resultat ihrer eigenen Entscheidungen und Selbstentwürfe ist« (Quante 2012: 165). Dagegen mag das starre Festhalten an einer ausschließlich negativen Perspektive auf die eigene Zukunft mitunter eher Autonomiedefizite nahelegen: So sind pathologische emotional-kognitive Prozesse im Rahmen von Depressionen typischerweise mit einer selektiv negativen Selbst- und Wirklichkeitswahrnehmung assoziiert (vgl. Gotlib/Joormann 2010), was wiederum Gefühle von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit erzeugt. Je nach Ausmaß können diese mit der Unfähigkeit verbunden sein, die eigenen verbleibenden Optionen anzuerkennen, wodurch das appreciation-Kriterium nicht ausreichend erfüllt und der Wille folglich den inneren Zwängen infolge einer psychischen Erkrankung zum Opfer gefallen wäre (vgl. Zürcher/Elger/Trachsel 2019: 7). Solche Verzerrungen durch die emotionalen Einflüsse (pathologischer) Hoffnungslosigkeit werden von Evaluationsmethoden, die nur die kognitive Dimension der Selbstbestimmungsfähigkeit berücksichtigen, jedoch nicht ausreichend erfasst. Im Hinblick auf das Gewähren von Suizidhilfe kann dies fatale Konsequenzen haben, wenn das potenziell überwindbare emotionale Phänomen der Hoffnungslosigkeit übergangen und als rationale, negative Lebensbilanz verkannt wird (vgl. Charland/Lemmens/Wada 2016: 6). Insofern muss hier administrativen Wartefristen sicher ihre Berechtigung zugestanden werden. Dennoch erlauben sie nicht, als alleiniges praktisches Korrelat einer adäquaten Beurteilung der Dauerhaftigkeit von Suizidwünschen gerecht zu werden. Auch der Aspekt der »inneren Festigkeit«, welcher vom Bundesverfassungsgericht im Zusammenhang mit der Dauerhaftigkeit genannt wird (2 BvR 2347/15, Rn. 244), hilft hier nur begrenzt weiter: Denn sowohl normative Überlegungen als auch empirische Ergebnisse legen nahe, dass gerade Suizidwünsche auf dem Boden schwerer psychischer Erkrankungen eine besondere innere Festigkeit und Dauerhaftigkeit aufweisen können, deren Differenzierung in »pathologische« und »authentische« Hoffnungslosigkeit sich als äußerst kompliziert erweisen kann (vgl. Berghmans/Widdershoven/Widdershoven-Heerding 2013; vgl. Mrozynski/Kuhn 2022). Andererseits weisen auch die Todeswünsche von psychisch gesunden Menschen eine erhebliche Ambivalenz auf (vgl. Ohnsorge et al. 2012; vgl. van Wijngaarden et al. 2021). Solche Dynamiken bedeuten jedoch nicht zwangsläufig, dass es sich dabei grundsätzlich um instabile Wünsche handelt, vielmehr spiegeln sie die Abwägungen und inneren Konflikte wider, die einer reflektierten Auseinandersetzung mit derart existenziellen Entscheidungen beziehungsweise Widerfahrnissen wie dem eigenen Tod innewohnen (vgl. Ohnsorge et al. 2012).

Fazit

Die vorangegangenen Überlegungen haben gezeigt, dass die nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts anstehende Liberalisierung des assistierten Suizids in Deutschland nicht zu Lasten einer sorgfältigen Einschätzung individueller Todeswünsche gehen darf. Um zur Sicherstellung einer seriösen Sterbehilfepaxis mehr anbieten zu können als bürokratische Hürden, bedarf es einer Weiterentwicklung von Methoden zur Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit in Bezug auf Suizidbegehren. Am Beispiel des appreciation-Kriteriums nach Grisso und Appelbaum wurde erläutert, wie sich die Bundesverfassungsgerichts-Definition autonomer Suizidwünsche in klinisch-praktische Evaluationsstandards integrieren lassen könnte. Zur methodischen Ausgestaltung des Kriteriums bieten sich zum Beispiel narrativ-biographische Fallrekonstruktionen an, die eine Einordnung von Suizidentschlüssen in den individuellen gesamtbiographischen Kontext erlauben. Dies ermöglicht die Identifizierung von Krisen, die zu einer Erschütterung von Selbstbild und Lebensentwurf führen, was wiederum helfen kann zu differenzieren, ob es sich um einen temporären Kontrollverlust handelt oder um einen biographisch stimmigen Endpunkt, der ein Weiterleben unmöglich macht. Dabei sollte die Betrachtung der Kohärenz von Suizidwünschen mit Hilfe von narrativ-biographischen Methoden jedoch weder den Anspruch auf Vollständigkeit hinsichtlich diagnostischer Sicherheit erheben noch als normatives Kriterium bei der Zulässigkeit von Suizidbegehren verstanden werden. Sie kann vielmehr als ein ergänzendes Instrument dienen, das sich besonders für die Begleitforschung in der Etablierungsphase institutionalisierter Suizidbegleitungen eignet.

Literatur

- Ahlzen, R.: »Suffering, authenticity, and physician assisted suicide«, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 23(3) (2020), S. 353–359.
- Battin, M. P.: *Ethical Issues in Suicide*, Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall 1995.
- Berghmans, R./Widdershoven, G./Widdershoven-Heerding, I.: »Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope«, in: *International Journal of Law and Psychiatry* 36(5-6) (2013), S. 436–443.
- Braun, E.: »An autonomy-based approach to assisted suicide: a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws«, in: *Journal of Medical Ethics* 49 (2023), S. 497–501.
- Breden, T. M./Vollmann, J.: »The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the MacCAT-T«, in: *Health Care Anal* 12(4) (2004), S. 273–283.
- BT-Drucksache, 20/904: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf> vom 7. März 2022.

- BT-Drucksache, 20/2293: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze,
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf> vom 17. Juni 2022.
- BT-Drucksache, 20/2332: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe.
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf> vom 21. Juni 2022.
- BT-Drucksache, 20/7624: Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses (6. Ausschuss).
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007624.pdf> vom 5. Juli 2023.
- BVerfG, Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343.
- BVerwG, Urteil vom 2. März 2017 – 3 C 19.15 –, Rn. 1–44.
- Charland, L. C./Lemmens, T./Wada, K.: »Decision-making capacity to consent to medical assistance in dying for persons with mental disorders«, in: *Journal of Ethics in Mental Health* 9 (2016), S. 1–14.
- Childress, M. D.: »Of symbols and silence: using narrative and its interpretation to foster physician understanding«, in: R. Charon/M. Montello (Hg.), *Stories matter. The Role of Narrative in Medical Ethics*, NY: Routledge 2002, S. 122–129.
- Deutscher Ethikrat: Recht auf Selbsttötung? Öffentlicher Teil der Plenarsitzung vom 22.10.2020 [Transkription der Onlineveranstaltung]. <https://www.ethikrat.org/sitzungen/2020/recht-auf-selbsttoetung/abgerufen-am-31.07.2023>.
- Frankfurt, H. G.: »Freedom of the will and the concept of a person«, in: H. G. Frankfurt, *The importance of what we care about: philosophical essays*, Cambridge: Cambridge university press 1988, S. 11–25.
- Frankfurt, H. G.: »I. Taking Ourselves Seriously II. Getting It Right«, in: *The Tanner lectures on human values* (2004), S. 169–202, https://tannerlectures.utah.edu/_resources/documents/a-to-z/f/frankfurt_2005.pdf, abgerufen am 30.03.2023.
- Gotlib, I. H./Joormann, J.: »Cognition and Depression: Current Status and Future Directions«, in: *Annual Review of Clinical Psychology* 6 (2010), S. 285–312.
- Grisso, T./Appelbaum, P. S.: *Assessing Competence to Consent to Treatment: A guide for physicians and other health professionals*, New York: Oxford University Press 1998.
- Grisso, T./Appelbaum, P. S./Hill-Fotouhi, C.: »The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions«, in: *Psychiatric Services*, 48(11) (1997), S. 1415–1419.
- Hardwig, J.: »Autobiography, Biography, and Narrative Ethics«, in: H. Lindemann Nelson (Hg.), *Stories and their limits. Narrative Approaches to Bioethics*, NY/London: Routledge 1997, S. 50–64.
- Henking, T.: Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive, in: *Bundesgesundheitsblatt* 65 (2022), S. 67–73.
- Hermann, H./Trachsel, M./Elger, B.: »Emotion and value in the evaluation of medical decision-making capacity: a narrative review of arguments«, in: *Frontiers in Psychology* 7 (2016), S. 765.
- Jakob, G.: »Das narrative Interview in der Biographieforschung«, in B. Friebertshäuser/A. Prengel (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim/München: Juventa 1997, S. 445–458.
- Lesch, W.: Narrative Ansätze in der Bioethik, in: M. Düwell/K. Steigleder (Hg.), *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2016, S. 184–199.

- MacIntyre, A.: *After virtue. A study in moral theory*, Notre Dame (IN): University of Notre Dame Press 1981.
- Mrozynski, H./Kuhn, E.: »Reasoning for autonomous suicide? A qualitative approach to pre-suicidal decision-making«, in: *Social Science & Medicine* 296 (2022), 114764.
- Ohnsorge, K./Gudat Keller, H. R./Widdershoven, G. A. M./Rehmann-Sutter, C.: »Ambivalence« at the end of life: How to understand patients' wishes ethically«, in: *Nursing Ethics* 19 (2012), S. 629–641.
- Quante, M.: »Die Bedeutung des Personenbegriffs für den moralischen Status der Person«, in: *Preprints of the Centre for Advanced Study in Bioethics Band 3*, Münster 2010, S. 2–14.
- Quante, M.: *Person*, Berlin: De Gruyter 2012.
- Richards, N.: »Old age rational suicide«, in: *Sociology Compass* 11 (2017), 12456.
- Rosenthal, G.: »Biographisch-narrative Gesprächsführung: zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext«, in: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 4(3) (2002), S. 204–227.
- Rosenthal, G.: *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*, Weinheim: Juventa 2015.
- Shaw, D./Trachsel, M./Elger, B.: »Assessment of decision-making capacity in patients requesting assisted suicide«, in: *British Journal of Psychiatry* 213(1) (2018), S. 393–395.
- Stewart, C./Peisah, C./Draper, B.: »A test for mental capacity to request assisted suicide«, in: *Journal of Medical Ethics* cs 37(1) (2011), S. 34–39.
- Streeck, N.: »Ende gut, alles gut? Sterbeerzählungen in der narrativen Ethik«, in: S. Peng-Keller/A. Mauz (Hg.), *Sterbenarrative. Hermeneutische Erkundungen des Erzählens am und vom Lebensende*, Berlin/Boston: De Gruyter 2018, S. 217–236.
- van Wijngaarden, E./Merzel, M./van den Berg, V./Zomer, M./Hartog, I./Leget, C.: »Still ready to give up on life? A longitudinal phenomenological study into wishes to die among older adults«, in: *Social Science & Medicine* 284 (2021), 114180.
- Werth, J. L.: *Rational Suicide? Implications for Mental Health Professionals*, Washington DC: Taylor and Francis 1995.
- Widdershoven G. A. M./Ruissen, A./van Balkom A. J. L. M./Meynen, G.: »Competence in chronic mental illness: the relevance of practical wisdom«, in: *Journal of Medical Ethics* 43(6) (2017), S. 374–378.
- Zürcher, T./Elger, B./Trachsel, M.: »The notion of free will and its ethical relevance for decision-making capacity«, in: *BMC Medical Ethics* 20(1) (2019), S. 31.
- Zürcher, T.: »Free will and the desire for suicide in mental illness«, in: *Frontiers in Psychiatry* 13 (2022), 909970.

Der assistierte Suizid als sozialer Akt

Claudia Bozzaro

Länder, die den assistierten Suizid oder darüber hinaus vielleicht auch die Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt haben, haben dies bislang ausnahmslos mit Blick auf Situationen geregelt beziehungsweise an Bedingungen geknüpft, die durch das Vorliegen einer »schweren«, »hoffnungslosen« Erkrankung und eines »unerträglichen Leidens« charakterisiert sind.

Das Bundesverfassungsgericht geht mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 in eine andere Richtung, indem es ein Urteil formuliert, das fast ausschließlich auf das Persönlichkeitsrecht, also die individuelle Autonomie einer sterbewilligen Person Bezug nimmt. Das Urteil besagt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasse. Dieses wiederum schließe die Freiheit mit ein, sich das Leben zu nehmen. Darüber hinaus umfasse die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit, sich hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese Hilfe, soweit sie angeboten werde, auch in Anspruch zu nehmen.

In diesem Beitrag werde ich die Stoßrichtung des Urteils einer kritischen Betrachtung unterziehen. Dabei geht es mir nicht primär darum, die grundsätzliche Entscheidung darüber, ob der Zugang zum assistierten Suizid gegeben sein soll oder nicht, zu thematisieren, sondern es geht mir um die meines Erachtens einseitige Begründung des Gerichtsurteils. Dafür schaue ich mir in einem ersten Schritt das Autonomie-Verständnis des Urteils näher an und versuche aufzuzeigen, dass eine Thematisierung der Motive und Perspektiven der Hilfeleistenden erforderlich ist, weil der assistierte Suizid eine soziale Praxis ist. In einem zweiten Schritt lege ich den Fokus auf die Ärzteschaft und in einem dritten Schritt stelle ich dar, warum die Annahme, jemand hätte gute Motive, rein aus Respekt vor der Autonomie der sterbewilligen Person Hilfe zu leisten, nicht überzeugend ist. Ich schlussfolgere, dass die Gestaltung der Praxis des assistierten Suizids ohne die Inkaufnahme eines gewissen Paternalismus letztlich nicht möglich ist.

1. Individuelle Entscheidung versus sozialer Akt

Dass das Bundesverfassungsgerichtsurteil zugunsten der Abschaffung von Paragraph 217 des Strafgesetzbuches ausfallen würde, war zu erwarten. Überraschend war für viele

aber die Begründungsweise mit der, nach Ansicht einiger Kritiker*innen, Deutschland geradezu zur »Avantgarde« der Liberalisierung des assistierten Sterbens avanciert sei (vgl. Mieth 2022; vgl. Teising 2022). Die bemerkenswerteste Passage in der Urteilsbegründung lautet:

»Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist als Ausdruck personaler Freiheit nicht auf fremddefinierte Situationen beschränkt. Das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist. [...] Maßgeblich ist der Wille des Grundrechtsträgers, der sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit entzieht.«
(BVerfG 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 1b RN 210)

Was ist an dieser Aussage bemerkenswert? In ihrer Logik und Stringenz ist sie zunächst einmal bestechend. Geht man von der individuellen Selbstbestimmung aus, so ist die Schlussfolgerung plausibel, dass der Bewertung der Beweggründe und Motive, die ein Individuum zu dem Entschluss führen, seinem Leben ein Ende zu setzen, keine Bedeutung zukommen sollte. Menschen sind auch sonst nicht dazu angehalten, andere Menschen oder gar der Gesellschaft die Beweggründe für ihre Lebensentscheidungen mitzuteilen oder zu erklären, sofern diese nicht die Freiheit anderer tangieren. Gerade im Fall einer solch existenziellen und persönlichen Entscheidung ist es plausibel zu unterstreichen, dass diese eben nicht vor anderen oder anhand gesellschaftlicher Maßstäbe begründungsbedürftig ist.

Doch gleichzeitig ist die Passage befremdlich und das mindestens aus zwei Gründen: Erstens transportiert dieses Urteil ein Menschenbild, welches das Individuum völlig isoliert betrachtet. Die »Autonomie-Monotonie« des Urteils spiegelt, wie Jean-Pierre Wils (2022) in seinem lesenswerten Beitrag *Vollendetes Leben* zu Recht beschreibt, ein liberalistisches Verständnis von Autonomie wieder, das in der Spätmoderne zu seinem Kulminationspunkt gekommen ist. Blickt man auf Beschreibungen von Soziolog*innen und Kulturwissenschaftler*innen wie Ulrich Beck und Elisabeth Beck-Gernsheim (Beck/Beck-Gernsheim 2002), Zygmunt Baumann (2013) oder Eva Illouz (2011), passt dieses Verständnis von Autonomie sehr gut zu den von ihnen beschriebenen Tendenzen zur Individualisierung und Selbstverwirklichung spätmoderner Gesellschaften, die letztlich vermeintliche »Singularitäten« hervorbringen (vgl. Reckwitz 2017) mit einer eigentümlichen Fokussierung auf eigene Anerkennungsansprüche für die je eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Leiden gegenüber der Gesellschaft. Dass dieses skizzierte Menschenbild und das damit einhergehende Autonomie-Verständnis in dieser radikalen Weise zu kurz greift, sollte eigentlich klar sein. Menschen sind nolens volens in ein soziales, ge-

sellschaftliches Gefüge von Geburt an eingebettet und müssen sich zu diesem verhalten.¹ Diese Perspektive, die den Menschen letztlich in seiner Sozialität, in seiner wie auch immer ausgestalteten Verbundenheit mit den anderen denkt und somit immer auch kontextsensitiv ist, kommt im Urteil des Bundesverfassungsgerichts nur marginal zum Tragen.

Natürlich ist jede*r frei, sich selbstbestimmt zu entscheiden, das eigene Leben zu beenden. Sicher kann auch jede*r für sich beanspruchen, über die Motive und Beweggründe für diese Entscheidung keine Auskunft, geschweige denn eine Erklärung geben zu müssen. Das alles ist legitim, wenn eine Person den Suizid auch selbst vollzieht ohne andere Menschen zu involvieren. Allerdings ist auch ein Suizid eine sozial bedeutsame Handlung insofern sie stets auch andere betrifft: als Hinterbliebene, die im schlimmsten Fall den Entschluss der*des Verstorbenen nicht verstehen und den Verlust somit vielleicht nicht verarbeiten können.

Soll eine Praxis des assistierten Suizids auf ein solch individualisiertes und liberales Verständnis von Autonomie beschränkt gestaltet werden, müsste wohl folgendes Prozedere ins Auge gefasst werden: Nach einer – vielleicht durch den Einsatz einer entsprechende KI – erfolgten Überprüfung und Anerkennung der Freiverantwortlichkeit des Entschlusses der*des Sterbewilligen wird dieser*diesem das entsprechende Medikament am Automat ausgehändigt, damit sie*er es zu sich nehmen kann, wann und wie sie*er es für sich für richtig hält (vgl. dazu auch Hurst/Mauron 2017). Doch Vorschläge in diese Richtung werden in der Regel mit dem Hinweis auf Zynismus beziehungsweise darauf, dass man diese Praxis nicht als rein bürokratischen Akt verstanden wissen will, abgelehnt. Das lässt vermuten, dass es de facto doch um mehr als eine individuelle Entscheidung und einen individuellen Akt geht. Dass es vielleicht doch auch darum geht, dass eine sterbewillige Person in ihrer Entscheidung verstanden, gesehen und in diesem Sinne auch anerkannt werden will.

Die soziale Dimension des Menschseins ist aber vor allem deswegen bedeutsam – und damit ist der zweite Grund angesprochen, der bei der Urteilsbegründung fraglich erscheint –, weil der Sachverhalt, der in dem Urteil behandelt wird, ja gerade ein sozialer Akt ist. Im Urteil geht es nicht einfach um einen Suizid, sondern um einen assistierten Suizid. Ein assistierter Suizid ist eine soziale Handlung beziehungsweise Praxis per definitionem, da im Minimum eine weitere Person, nämlich die*der Hilfeleistende, mit involviert ist. Es steht daher im Widerspruch mit dem behandelten Sachverhalt, diesen quasi ausschließlich aus der Perspektive der sterbewilligen Person zu behandeln.

Diese weitere handelnde Person wird im Urteil des Bundesverfassungsgerichts, wenn man so will, lediglich ex negativo erwähnt, indem festgelegt ist, dass niemand gezwungen werden könne, Hilfe beim Suizid zu leisten. Das individuelle Persönlichkeitsrecht begründet also zwar ein Recht Hilfe anzunehmen, wenn sie denn angeboten wird, aber es begründet kein Anspruchsrecht gegenüber einer bestimmten Person oder

1 Auch in der Medizinethik hat sich an vielen Stellen eine einseitige und verkürzte Auffassung von Autonomie etabliert, welche diese lediglich in liberaler Hinsicht als Selbstbestimmung und Freiheitsanspruch versteht. Dass ein solches Verständnis von Autonomie zu kurz greift, ist beispielsweise in den Konzepten der »relationalen Autonomie« (Mackenzie/Stoljar 2000) aufgenommen worden.

gegenüber einer Personengruppe. Wenn sich niemand bereit erklärt, einer sterbewilligen Person beim Suizid zu helfen, kann diese mit Verweis auf das eigene Persönlichkeitsrecht im Hinblick auf einen assistierten Suizid nichts bewirken.

Betrachtet man den assistierten Suizid als eine soziale Praxis, drängt sich die Frage auf, wer sich aus welchen Motiven und Beweggründen angesprochen fühlen sollte, bei einem Suizid einer anderen Person zu assistieren. Warum sollte jemand einer anderen Person beim Suizid helfen wollen, ohne deren Motive für diesen irreversiblen Schritt zu kennen? Diese Frage ist in der bisherigen Debatte kaum gestellt worden. Dabei ist sie zentral bezüglich der Ausgestaltung einer »guten Praxis« des assistierten Suizids. Dies gilt sowohl für diejenigen, die einen Sterbewunsch haben, damit sie wissen, an wen sie sich mit einer begründeten Hoffnung auf Unterstützung wenden können, als auch für die Gesellschaft als Ganzem, will sie eine gewisse Kontrolle über diese Praxis behalten und Missbrauch verhindern.

2. Die Ärzteschaft

Eine Personengruppe, die im Mittelpunkt der Diskussionen um die Praxis des assistierten Suizids in Deutschland wie auch in anderen Ländern steht, ist die Ärzteschaft. Mit Blick auf diese Berufsgruppe und ihr ärztliches Ethos ist für die Frage nach den Motiven für eine Hilfeleistung entscheidend, ob die Praxis des assistierten Suizids beziehungsweise des assistierten Sterbens leidens- oder autonomiebasiert legitimiert wird.

In Ländern, in denen neben dem assistierten Suizid auch andere Praktiken des assistierten Sterbens möglich sind, wie zum Beispiel die Tötung auf Verlangen, sind diese eindeutig medikalisierte Praktiken. Das bedeutet, dass Handlungen wie der assistierte Suizid oder eine Tötung auf Verlangen gesetzlich strafbar sind, aber für bestimmte Personengruppen – in der Regel die Ärzteschaft, in einigen Ländern wie Kanada aber auch die Pflegenden – Ausnahmen definiert werden, in welchen bei Einhaltung gewisser Kriterien Straffreiheit zugesichert wird. In diesen Gesetzen wird zwar ebenfalls festgehalten, dass kein*e Ärztin*Arzt zur Assistenz beim Suizid oder bei einer Tötung auf Verlangen verpflichtet werden kann, aber es wird vorausgesetzt, dass der Ärzteschaft aufgrund ihrer beruflichen Expertise eine besondere Aufgabe zukommen sollte: Entsprechend sind die Ausnahmesituationen in der Regel auf krankheitsbedingte, »unerträglich« leidvolle Situationen beschränkt (vgl. The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide [Review Procedures] Act 2002; vgl. The Belgian Act on Euthanasia 2002). In Kanada wurde die Verortung dieser Praktiken im medizinischen Kontext zusätzlich dadurch unterstrichen, dass sie alle – assistierter Suizid ebenso wie Tötung auf Verlangen – unter dem Begriff »MAiD: Medical assistance in dying« subsumiert wurden. Das dort im Jahr 2016 verabschiedete Gesetz heißt entsprechend Canada's medical assistance in dying (MAiD) law (Bill C-14 2016). Da die Linderung von krankheitsbedingtem Leiden eine Kernaufgabe der Medizin darstellt (vgl. Callahan 2014), ist klar, dass Ärzt*innen in entsprechenden Situationen eine Hilfe im Sterben als durchaus im Einklang mit ihrer ärztlichen Aufgabe beziehungsweise dem ärztlichen Ethos ansehen können, vorausgesetzt, sie sind auch bereit, die Handlung selbst, also die Assistenz beim Suizid beziehungsweise die Tötung auf Verlangen, als geeignete Mittel anzusehen, um Leidenslinderung

zu erzielen (vgl. Boudreau/Somerville 2013). Des Weiteren ist klar, dass die Beurteilung der Motive für den Suizidwunsch im Mittelpunkt dieser Praxis steht und es der Ärzteschaft obliegt, das Vorhandensein von Motiven zu ermitteln, die in den Gesetzen als legitim für die Inanspruchnahme eines ärztlich assistierten Sterbens vorgesehen sind. Führt ein*e Ärztin*Arzt diese Überprüfung nicht richtig durch, kann sie*er strafrechtlich belangt werden. Damit ist auch klar, dass die Ärzteschaft in dieser Praxis eine ganz zentrale Gatekeeper-Funktion innehat. Man könnte auch sagen, dass diese Praxis durch einen machtvollen ärztlichen Paternalismus ausgezeichnet ist (vgl. Ten Have/Welie 2005). Denn es sind die Ärzt*innen, welche das Vorliegen des »unerträglichen Leidens« letztlich attestieren müssen. Eine andere Instanz, an die sich die sterbewillige Person wenden kann, zum Beispiel bei Ablehnung ihrer Anfrage, ist nicht vorgesehen (vgl. den Hartogh 2017; vgl. Kimsma 2010).

Die Versuche, die Praxis des assistierten Sterbens auf klar definierte Ausnahmefälle zu begrenzen, ist in der Praxis bislang nur sehr bedingt gelungen. In einigen Ländern wie zum Beispiel im US-Bundesstaat Oregon, wo bereits seit 1996 mit dem Death With Dignity Act die ärztliche Verschreibung eines tödlichen Mittels zur Selbsttötung für volljährige, einwilligungsfähige Personen mit einer terminalen Erkrankung mit einer Lebenserwartung von maximal sechs Monaten gesetzlich erlaubt ist, ist die Anzahl der ärztlich assistierten Suizide bis heute relativ stabil geblieben und gab es bislang auch keine Überarbeitung der Kriterien (vgl. Hedberg/New 2017). Hier wurden enge Kriterien definiert und die Ärzteschaft ist lediglich indirekt bei der Begutachtung der Sorgfaltskriterien und der Ausschreibung des Medikaments involviert.

Anders ist die Lage in Ländern, die nicht nur den ärztlich assistierten Suizid, sondern auch die Tötung auf Verlangen erlaubt haben. Die ärztliche Tötung auf Verlangen ist weit stärker auf die direkte Beteiligung der Ärzteschaft angewiesen als die Suizidbegleitung. In den Niederlanden wie auch in Belgien hat es in den vergangenen Jahren seit Inkrafttreten der dortigen Gesetze nicht nur eine deutliche Steigerung der Anzahl der Fälle gegeben, sondern auch eine Ausweitung mit Blick auf Erkrankungen, die als Ursache von »unerträglichem Leiden« anerkannt werden (vgl. Jones/Gastmans/Mackellar 2017; vgl. Youngner/Kimsma 2012). Während es zu Beginn vor allem onkologische terminale Erkrankungen waren, die als Ursache für ein »unerträgliches Leiden« anerkannt waren, sind es heute auch andere Krankheitsbilder wie zum Beispiel chronische psychische Erkrankungen und zunehmend auch altersbedingte Multimorbiditäten. Zuletzt ist auch die Annahme selbst, man könne das Leiden an objektiven Kriterien festmachen, zunehmend hinterfragt worden. Die Tatsache, dass ein Leiden durch eine objektiv diagnostizierbare Krankheit verursacht ist, sagt nicht viel über den subjektiven Leidenszustand einer sterbewilligen Person aus. Die Einschätzung der Unerträglichkeit des Leidens bleibt letztlich ein subjektives Phänomen, da sich die Unerträglichkeit auf das Leiden und nicht auf eine objektiv feststellbare Erkrankung bezieht. Diese Erkenntnis hat in der Praxis dazu geführt, dass der Krankheitsbezug zunehmend in Frage gestellt wurde und das Kriterium des »unerträglichen Leidens« selbst verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist (vgl. Wijsbek 2012; vgl. Bozzaro 2018).

Nun beruht dieses Kriterium auf keinem eindeutigen Begriff. Im Gegenteil, der Begriff kann sich auf sehr unterschiedliche Zustände beziehen, unter anderem auf solche, die nicht krankheitsbedingt sind. In den Niederlanden wird gegenwärtig im Rahmen

einer Initiative für eine Gesetzesänderung die Debatte geführt, ob nicht auch »gesunde«, jedoch »lebenssatte« ältere Menschen ab dem Alter von 75 Jahren Anspruch auf eine Assistenz im Sterben haben sollten (vgl. Wils 2022). Befürworter*innen dieser Initiativen verweisen zu Recht darauf, dass existenzielle Zustände wie beispielsweise Einsamkeit, die Angst, anderen zur Last zu fallen oder vor Kontrollverlust und Ähnliches ebenso »unerträglich« sein können wie körperliche Schmerzen und Einschränkungen oder auch psychische Erkrankungen. Doch auch wenn eine weitere Ausweitung auf so genannte »existenzielle Leidenssituationen« vom Sachverhalt her nachvollziehbar wäre, hätte dies gravierende Konsequenzen für die Ärzteschaft und die Medizin (vgl. Meier 2021). Werden immer mehr Leidenszustände ohne Krankheitsbezug in eine medikalisierte Praxis des assistierten Sterbens einbezogen, droht der Aufgabenbereich der Medizin an Konturen zu verlieren. Da Leiden oft als ein rein subjektives Empfinden gedeutet wird und vor allem im Fall existenzieller Situationen ein »objektives« Krankheitskorrelat fehlt, würde eine zunehmende Berücksichtigung solcher Leiden die Ärzteschaft zur reinen Dienstleisterin machen, die auf die Anfragen beziehungsweise subjektiven Wünsche ihrer Patient*innen reagiert (vgl. Bozzaro 2021). Die breite Zurückhaltung der Ärzteverbände in den Niederlanden bezüglich der genannten Gesetzesinitiative lässt sich so deuten, dass dies nicht dem eigenen Selbstverständnis entspricht (vgl. Wils 2022).

In Deutschland ist die Ausgangslage durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts insofern anders, als dieses von vornherein das Augenmerk auch auf Suizidwünsche richtet, die explizit nicht mit einem Krankheits- und Leidensbezug in Verbindung stehen. Damit ist es prinzipiell möglich, einem gesunden Menschen, der aus welchen Motiven auch immer – ökonomische Nöte, existenzielle Gründe – einen Suizid begehen möchte, hierbei zu helfen. Wenn man eine Begründung über das Argument des krankheitsbedingten Leidens außen vor lässt, ist nicht ersichtlich, warum sich ein*e Ärztin*Arzt zur Begleitung eines Suizides überhaupt angesprochen fühlen sollte. Das häufig angeführte prozedurale Argument, dass primär die Ärzteschaft über besondere Kenntnisse und Fähigkeiten verfüge, einen Suizid zu begleiten, ist empirisch nicht haltbar. In der Schweiz wird die Assistenz beim Suizid oft von extra dafür ausgebildeten Sterbebegleiter*innen durchgeführt, die keine medizinische Expertise haben (vgl. Zimmermann/Felder/Streckeisen/Tag 2019; vgl. Hurst/Mauron 2003). In anderen Ländern wie Oregon und anderen US-Staaten wird das Medikament lediglich von der Ärzteschaft verschrieben. Eine unmittelbare Begleitung ist dort nicht vorgesehen. Gleiches gilt für Österreich, wo seit Januar 2021 ein entsprechendes Gesetz die Ausgabe eines tödlichen Medikaments für Menschen mit einem krankheitsbedingten Leiden ermöglicht (vgl. Friesenecker/Fruhwalder/Roden 2023).

Während bei einem Suizidwunsch, der nicht mit einem krankheitsbedingten Leiden zusammenhängt, die Inanspruchnahme einer Begleitung durch die Ärzteschaft somit fraglich erscheint, kann sich natürlich auch für in Deutschland tätige Ärzt*innen die Situation ergeben, dass sie mit einem Suizidwunsch konfrontiert werden, der durch ein schweres, vielleicht nicht mehr heilbares krankheitsbedingtes Leiden begründet ist. Leidenslinderung und Begleitung im Sterben sind auch aus Sicht der Bundesärztekammer zentrale Aufgaben der Ärzteschaft. Dennoch hat es die Bundesärztekammer in ihren revidierten Grundsätzen von 2021 vermieden, in diesem Punkt Klarheit zu schaffen. Sie hat zwar das explizite Verbot der ärztlichen Assistenz gestrichen, es bleibt aber der Hinweis

darauf, dass Hilfe beim Suizid nicht »zur Ausübung des ärztlichen Berufs« gehöre und dass es »eine freie und individuelle Entscheidung [sei], ob sich ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken« (Bundesärztekammer 2021: A1431). Wann aber handelt ein*e Ärztin*Arzt allein als Privatperson, auf der Grundlage einer freien und individuellen Entscheidung? Darf ein*e Ärztin*Arzt im Krankenhaus bei einem Suizid mitwirken? Wie genau soll ein tödliches Medikament verschrieben oder erhalten werden, ohne medizinische Indikationsstellung? Jede*r Ärztin*Arzt und jedes Behandlungsteam ist aktuell zuerst einmal auf sich selbst zurückgeworfen und muss jeweils für sich klären, ob und unter welchen Bedingungen sie einer Hilfe beim Suizid zustimmen würden.

3. Sterbebegleitung aus Respekt vor der Autonomie des anderen?

Lässt man die Ärzteschaft und ihr Berufsethos außen vor, stellt sich mit Blick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Frage, ob eine Hilfe beim Suizid durch eine Person x lediglich aus Respekt vor der Autonomie der*des Sterbewilligen und ohne Überprüfung der Motive erfolgen sollte. In diese Richtung ist das Urteil oftmals interpretiert worden (vgl. Windhöver 2022). Wie die Autorin im Rahmen mehrerer Podiumsdiskussionen mit interessierten Bürger*innen erfahren konnte, teilen durchaus viele die Ansicht, es sollte ausreichen, dass die Freiverantwortlichkeit geprüft wird, weitere Nachfragen seien dann unnötig. Beratungsgespräche und Zeitfristen, wie sie in allen Gesetzesentwürfen, die 2023 im Bundestag zur Debatte standen, vorgesehen waren, seien eine unzumutbare »paternalistische Bevormundung«. Warum muss man sich beraten lassen, wenn es doch um das eigene Leben beziehungsweise Sterben geht? Auf diesen Einwand gibt es mindestens zwei Antworten:

Erstens, weil der Staat und mit ihm die Gesellschaft – und das hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil auch unterstrichen – auch eine Pflicht zum Lebensschutz hat. Das individuelle Persönlichkeitsrecht muss von staatlicher Seite respektiert werden, der Schutz des Lebens – und damit auch vulnerabler Personengruppen – muss ebenfalls garantiert sein.

Zweitens, weil man einer Person grundsätzlich unterstellen darf, dass sie sich in ihrer Entscheidung irren könnte. Wenn es um eine gravierende und irreversible Entscheidung geht, ist das Nachfragen nicht automatisch Ausdruck von Paternalismus, sondern von einer berechtigten Fürsorge, die gerade der Autonomie der sterbewilligen Person Rechnung tragen will. Wir sind, wie der Philosoph Peter Schaber zu Recht bemerkt, »nicht immer gute Richter*innen in einer Sache: nicht während des Lebens und auch nicht an seinem Ende. Es kann also gut sein, dass die sterbewillige Person ihre Situation falsch bewertet.« (Schaber 2022: 218) Dieser Möglichkeit sollte man als Person, die prinzipiell bereit ist, Hilfe zu leisten, Rechnung tragen, gerade indem man nach den Gründen und Motiven für den Sterbewunsch fragt und diese nachzuvollziehen versucht. Wenn man als außenstehende Person nach entsprechenden Gesprächen die Motivlage, die einen Suizidwunsch begründet, nicht nachvollziehen kann, dann kann der Verdacht berechtigt sein, dass der Suizidwunsch nicht wohlherwogen ist. Würde man

in einer solchen Situation dem Wunsch nach Hilfe zum Suizid nachkommen, würde man sogar gegen das Interesse der sterbewilligen Person handeln.

Es ist unbestritten, dass es keine leichte Aufgabe ist, beiden Grundrechten – Lebensschutz und Persönlichkeitsrecht – angemessen Rechnung zu tragen. Ein Teil der Antwort muss aber darin bestehen, den sozialen Charakter der Praxis des assistierten Suizids zu berücksichtigen, was letztlich bedeutet, dass man eine Liberalisierung der Praxis des assistierten Suizids zwar vielleicht ohne einen gesetzgeberischen Paternalismus (vgl. Henking 2022), aber nicht ohne irgendeine Form von (im Idealfall fürsorglichem) Paternalismus – sei es durch die Ärzteschaft, durch staatliche Beratungsstellen, durch Sterbehilfeorganisationen und deren Regularien, aber eben auch durch die Autonomie der hilfeleistenden Person – wird gestalten können.

Ausgehend von einer kritischen Betrachtung der aus meiner Sicht zwar kohärenten, aber auf einem einseitigen Autonomieverständnis beruhenden Argumentationsweise des Bundesverfassungsgerichtsurteils habe ich den genuin sozialen Charakter der Praxis des assistierten Suizids herausgestellt. Die Betrachtung des sozialen Charakters der Praxis des assistierten Suizids rückt dann auch die Frage nach den Motiven und Beweggründen der helfenden Personen in den Vordergrund. Ich habe dann mit Blick auf die Berufsgruppe der Ärzteschaft gezeigt, dass die Motive der sterbewilligen Person essentieller Bestandteil für die Begründung einer potenziellen Involviertheit der Ärzteschaft sind. Ich habe dafür argumentiert, dass Suizidwünsche, die auf ein krankheitsbedingtes Leiden zurückzuführen sind, mit dem Berufsethos der Ärzteschaft vereinbar sind. Rein auf Autonomie begründete Suizidwünsche hingegen nicht. In einem letzten Schritt habe ich dafür argumentiert, dass eine Praxis des assistierten Suizids nicht allein mit dem Respekt vor der Autonomie der sterbewilligen Person begründet werden kann, erstens, weil sich eine Person in Bezug auf den eigenen Suizidwunsch täuschen kann. Deshalb ist das Kriterium der Nachvollziehbarkeit (durch andere) für eine gute Ausgestaltung dieser Praxis zentral, auch wenn damit eine gewisse Form von Paternalismus in Kauf genommen werden muss. Zweitens, weil die Gesellschaft und der Staat auch eine Fürsorgepflicht zum Schutz des Lebens haben, was ebenfalls erfordert, dass die Motive der suizidwilligen Person beleuchtet werden.

Literatur

- Bauman, Zygmunt: *The individualized society*, Cambridge: John Wiley & Sons 2013.
- Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth: *Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, Londres: Sage 2002.
- Bill C-14: *Canada's medical assistance in dying (MAiD) law 2006*, <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/ad-am/p2.html>.
- Boudreau, Donald J./Somerville, Margaret A.: »Euthanasia is not medical treatment«, in: *British medical bulletin* 106(1) (2013), S. 45–66.
- Bundesärztekammer: »Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu §217 StGB«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 118(29-30) (2021), S. 379.
- Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., Rz. 240ff.

- Bozzaro, Claudia: »Suffering – an Increasingly Relevant, Though Ambivalent Concept in Bioethics«, in: Christoph Mandry (Hg.), *Suffering in Theology and Medical Ethics* Paderborn: Brill Schöningh 2021, S. 75–85.
- Bozzaro, Claudia: »Suicide on Prescription: the Judgment and the Ethics«, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 143(10) (2018), S. 748–751.
- Callahan, Daniel: »Foreword«, in: Ronald Green/Nathan Palpant (Hg.), *Suffering and bioethics*, Oxford: Oxford University Press 2014, ix-xii.
- den Hartogh, Govert: »Two kinds of physician-assisted death«, in: *Bioethics*; 31(9) (2017), S. 666-73.
- Friesenecker, Barbara/Fruhwald Sonja/Roden, Christian: »Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag«, in: *Anästhesie Nachrichten* 5(2) (2023), S. 141–154.
- Hedberg, Katrina/New, Craig: *Oregon's Death With Dignity Act: 20 years of experience to inform the debate*, in: *Annals of Internal Medicine* 167(8) (2017), S. 579–583.
- Henking, Tanja: »Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive«, in: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 65(1) (2022), S. 67–73.
- Hurst, Samia A./Mauron, Alex: »Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians«, in: *British Medical Journal* 326(7383) (2003), S. 271–273.
- Hurst, Samia A./Mauron, Alex: »Assisted suicide in Switzerland: clarifying liberties and claims«, in: *Bioethics* 31(3) (2017), S. 199–208.
- Jones, David A./Gastmans, Chris/MacKellar, Calum (Hg.): *Euthanasia and assisted suicide: Lessons from Belgium* (Vol. 42), Cambridge: Cambridge University Press 2017.
- Kimsma Gerrit: »Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families«, in: *Medicine Health Care Philosophy* 13 (4) (2010), S. 355–361.
- Illouz, Eva: *Warum Liebe weh tut: eine soziologische Erklärung*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2011.
- Mackenzie, Catriona/Stoljar, Natalie (Hg.): *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*, Oxford: Oxford University Press 2000.
- Meier, Diane E.: »The treatment of patients with unbearable suffering – the slippery slope is real«, in: *JAMA Internal Medicine* 181(2) (2021), S. 160–161.
- Mieth, Dietmar: »Selbstbestimmte Sterbehilfe und die Prüfung der freien Verantwortung aus ethischer Sicht. Ein Essay«, in: Monika Bobbert (Hg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit*, Baden-Baden: Nomos 2022, S. 191–210.
- Reckwitz, Andreas (2017): *Die Gesellschaft der Singularitäten*, Berlin: Suhrkamp.
- Teising Martin: »Zur Entstehungsgeschichte der Diskussion um den assistierten Suizid«, in: Joachim Küchenhoff/Martin Teising (Hg.), *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2022, S. 13–22.
- Ten Have, Henk/Welie, Jos: *Death And Medical Power. An Ethical Analysis Of Dutch Euthanasia Practice*, o.O.: McGraw-Hill Education (UK) 2005.
- The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002, <http://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2015/06/Euthanasia-Act.pdf>, abgerufen am 25. September 2023.

- The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, in: *Ethical perspectives* 9(2-3) (2002), S. 176–181.
- Wijsbek, Henri: »The subjectivity of suffering and the normativity of unbearableness«, in: Stuart Youngner/Gerrit Kimsma (Hg.), *Physician-assisted death in perspective*, Cambridge: Cambridge University Press 2012, S. 319–333.
- Wils, Jean- Pierre: »Vollendetes Leben« – ein Sterbensgrund? Anmerkungen über Autonomie und Freiverantwortlichkeit«, in: Monika Bobbert (Hg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit*, Baden-Baden: Nomos 2022, S. 191–210.
- Windhöfel, Thomas: »Ein Grundrecht auf assistierten Suizid? Anmerkungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020«, in: Christoph Böhr/Markus Rothhaar (Hg.), *Anthropologie und Ethik der Biomedizin. Das Bild vom Menschen und die Ordnung der Gesellschaft*, Wiesbaden: Springer VS 2021.
- Zimmermann, Markus/Felder, Steffan/Streckeisen, Ursula/Tag, Brigitte: *Das Lebensende in der Schweiz*. Basel: Schwabe Verlag 2019.

Einsamkeit und assistierter Suizid im Alter

Gesine Richter

Dieser Beitrag ist aus den persönlichen Begegnungen mit hochaltrigen Menschen heraus entstanden, die ihren Wunsch nach einem assistierten Suizid haben anklingen lassen. »Jetzt ist es gut mit dem Leben, alle meine Lieben sind schon gegangen, ich bin nun allein, was soll ich noch hier? Lasst mich doch endlich einfach auch gehen, ich mag nicht mehr.« Diese aus tiefstem Herzen erwachsene und innig wiederholte Bitte versetzt die Angesprochene in einen Konflikt und führt zu anhaltender Irritation und Reflexion über das eigene Verhalten. Dies ist sicher kein Einzelfall im Kontakt mit hochaltrigen Menschen: dieser Wunsch nach einem würdevollen und selbstbestimmten Ende des eigenen Lebens, erwachsen aus dem Gefühl, am Lebensende ohne all seine lieben Menschen zurückgeblieben zu sein – ein Wunsch, der durchaus auch losgelöst von dem eigenen gesundheitlichen Zustand auftritt.

Der in einer solchen Weise Adressierten stellen sich die zum Teil ethischen Fragen, was helfen könnte, diese so begründete Einsamkeit zu überwinden, kann es hier adäquate Interventionen geben, wann wird eine solche Einsamkeit zur Bedrohung für das Leben, ist der assistierte Suizid die einzige Antwort, und wann ist er wirklich als Antwort zu akzeptieren? Aus dieser persönlichen Betroffenheit einer Adressatin erwachsen, fokussiert dieser Beitrag auf die Einsamkeit gesunder, hochaltriger Menschen und ist gedacht als Denkanstoß über mögliche Reaktionen.

Einleitend verdeutlichen die empirischen Aspekte und ausgewählten Daten die wachsende gesellschaftliche Relevanz und Dringlichkeit des Phänomens Einsamkeit generell und verweisen auf die Begründung für einen geäußerten Sterbehilfewunsch. Grundlegend für unsere Betrachtung ist eine genaue Ausdifferenzierung und Abgrenzung des Phänomens Einsamkeit. Ein Blick auf die Faktoren, die zu Einsamkeit führen, sowie auf die verschiedenen Formen und Ausprägungen von Einsamkeit mag helfen, den oben genannten Suizidwunsch einzuordnen.

Die Adressatin eines Sterbehilfewunsches, in dem hier behandelten Zusammenhang des Sterbehilfewunsches gesunder Hochaltriger aus Einsamkeit heraus, sieht sich konfrontiert mit der ethischen Frage, welche Richtung des Helfens tatsächlich erbeten, akzeptiert und schließlich einzuschlagen wäre. Um die Akzeptanz und damit Wirksamkeit möglicher Interventionen auszuleuchten, mag hier das salutogenetische Modell von

Aron Antonovsky herangezogen werden als ein Denkanstoß, eine Perspektive auf mögliche Handlungsoptionen zu eröffnen.

Gesellschaftliche Relevanz und Dringlichkeit der Thematik der Einsamkeit

National wie auch international weist die Datenlage auf eine steigende gesellschaftliche Relevanz von Einsamkeit in der Bevölkerung hin. So wird die Langzeitentwicklung der Einsamkeits- und Isolationsbelastungen innerhalb der deutschen Bevölkerung mit Hilfe des Einsamkeitsbarometers des »Kompetenznetzes Einsamkeit« beobachtet, das Aussagen zur Entwicklung der Prävalenz von Einsamkeit und sozialer Isolation in der erwachsenen deutschen Bevölkerung ermöglicht, vulnerable Gruppen und Vulnerabilitätsfaktoren identifiziert und Veränderungen und Trends in Einsamkeits- und Isolationsbelastungen unterschiedlicher Gruppen aufzeigt (vgl. Schobin et al. 2023). Verschiedene Erhebungen deuten darauf hin, dass in Deutschland Millionen Menschen durch alle Altersgruppen hinweg unter Einsamkeit leiden (vgl. Goebel et al. 2018).

Im letzten Jahrzehnt sind Einsamkeit und soziale Isolation zu einem ernst genommenen sozial- und gesundheitspolitischen Thema in westlichen Industriegesellschaften geworden. Weltweiter Vorreiter im Hinblick auf die Diskussion um Bekämpfung von Einsamkeit ist Großbritannien. So war Großbritannien das erste Land, das 2018 die gesellschaftliche Relevanz des Problems Einsamkeit erkannte, seine Bekämpfung als nationale Aufgabe einstuft und offiziell Einsamkeit in das Portfolio eines Ministeriums aufnahm (vgl. Yeginsu 2018). Seitdem ist im Ministerium für Kultur, Digitales, Medien und Sport eine Person im Staatssekretärsrang für die Umsetzung der nationalen Strategie zur Bekämpfung der Einsamkeit zuständig und koordiniert die interministerielle Befassung mit diesem Problem über mehrere Ministerien hinweg. Zentrale Maßnahmen dieser Strategie sind neben der Förderung von Studien und Projekten zur Erforschung und Bekämpfung von Einsamkeit unter anderem die Schulung von Mitarbeiter*innen des Gesundheitssektors im Hinblick auf die Erkennung und Verringerung von Einsamkeit sowie das Angebot des sogenannten *Social Prescribing* (vgl. Haas et al. 2019). Von Einsamkeit betroffenen Personen kann die Teilnahme an Projekten zur Einsamkeitsbekämpfung ärztlich verschrieben werden.

Die Corona-Pandemie zwischen 2019 und 2021 hat die gesellschaftlichen Implikationen des Phänomens der Einsamkeit auf breiter Ebene verstärkt in den Fokus gerückt, als mit den Public-Health-Maßnahmen des Social Distancing Bürger*innen weltweit temporär einer sozialen Selbstisolation ausgesetzt wurden. Befördert durch das konkret und abrupt in der breiten Bevölkerung erfahrbare Gefühl von sozialer Isolation und Einsamkeit während der Lockdown-Phasen der Pandemie, traten Relevanz und Dringlichkeit dieses bereits lange existierenden und stetig wachsenden gesellschaftlichen Phänomens in den Fokus politischer Handlungsdiskussion. In Folge dessen wird Einsamkeit auch in anderen Ländern als zunehmend gewichtiges gesellschaftsrelevantes Thema erkannt. Viele Bevölkerungsgruppen sind von Einsamkeit betroffen und die internationale Perspektive hat gezeigt, dass Einsamkeit eher zu- als abnimmt. Die jeweils persönlichen, aber auch kollektiven Erfahrungen aus den Corona-Pandemiejahren trugen dazu bei, dass Einsamkeit eine größere gesellschaftliche Aufmerksamkeit erfährt, Me-

dien sich dieses Phänomens annehmen und Einsamkeit zu einem öffentlichen Thema machen. In Reaktion auf die Folgen der Pandemie initiierte beispielsweise die Politik in Österreich auf Forderungen der Kirchen einen »Pakt gegen Einsamkeit« (vgl. Ärzteblatt vom 07.09.2020). International gab das englische Beispiel den Anstoß zu Überlegungen eines institutionalisierten Umgangs mit Einsamkeit, wie beispielsweise in Japan (vgl. Kodama 2021). In Deutschland wurde 2022 vom zuständigen Ministerium die erste Sensibilisierungskampagne für Einsamkeit im Rahmen der »Strategie gegen Einsamkeit« initiiert (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2022).

Einsamkeit als Grund für den Wunsch nach assistiertem Suizid

Die Gründe für die Inanspruchnahme einer Suizidassistenz sind vielfältig: Neben körperlichen und psychischen Gründen (vgl. Verein Sterbehilfe 2022) spielen soziale Faktoren, die Erfahrung mangelnder Fürsorge oder die Sorge um das Leben im Alter eine Rolle (vgl. Vilpert et al. 2020; vgl. Borovecki et al. 2022; vgl. Stolz et al. 2017). In Deutschland starben im Jahr 2021 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes überdurchschnittlich viele alte Menschen durch Suizid (vgl. Statistisches Bundesamt 2021): 43 Prozent aller Suizide werden von über 65-Jährigen begangen, 10 Prozent von alten und hochaltrigen Menschen über 85 Jahren. Die Zahlen legen nahe, dass auch oft Bewohner*innen von Senioren- und Pflegeheimen betroffen sein dürften – und zwar nicht nur bei den ausgeführten Suiziden, sondern auch bei den Wünschen nach assistiertem Suizid.

In einer zwischen November 2020 und Oktober 2021 durchgeführten Studie der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde der Aspekt der Einsamkeit an dritter Stelle nach hoher somatischer beziehungsweise psychischer Symptomlast und Sinnverlust des eigenen Lebens als Grund für eine Anfrage nach Suizidassistenz genannt (vgl. Batzler et al. 2023). Dies bringt den Aspekt der Einsamkeit in die Diskussion um den assistierten Suizid. Es stellt sich die Frage, wie gesellschaftlich mit diesem Beweggrund und dem daraus resultierenden Wunsch nach Assistenz umzugehen ist. Grundlegend für eine Diskussion um Einsamkeit und assistierten Suizid ist zum einen die Unterscheidung nach den Ursprüngen und Ursachen von Einsamkeit, zum anderen nach den Möglichkeiten, Einsamkeit gesellschaftlich zu begegnen. Zu unterscheiden sind äußere Einflussfaktoren sowie der Grad der Selbstbestimmtheit eigener Einsamkeit.

Einsamkeit – Begriffsbestimmung und Abgrenzung

Drei Definitionen von Einsamkeit werden unterschieden (vgl. Luhmann 2022): die existenzielle Einsamkeit, die Einsamkeit als Folge unerfüllter sozialer Bedürfnisse und die Einsamkeit als subjektiv wahrgenommene Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen.

Unter existenzieller Einsamkeit wird eine unerträgliche Leere, Traurigkeit und Sehnsucht verstanden (vgl. Ettema et al. 2010), es fehlt der Sinn im Leben. Existenzielle Einsamkeit unterscheidet sich grundlegend von den beiden anderen Ausformungen von Einsamkeit, indem hier die grundsätzliche Entfremdung von Menschen und vom

Leben an sich im Zentrum der Wahrnehmung steht. Die beiden anderen Ausformungen fokussieren auf die Beziehungen zu konkreten Personen (vgl. van Tilburg 2021). Diese Unterscheidung wirkt sich auf die Möglichkeiten und Wirkungen von Interventionen aus: Während für existenzielle Einsamkeit keine Maßnahme als zielführend gesehen wird (vgl. van Tilburg 2021), ist den folgenden beiden Sichtweisen auf Einsamkeit mit dem Aufbau qualitativ erfüllender Beziehungen ein Lösungsansatz inhärent.

Die zweite Definition von Einsamkeit geht davon aus, dass Menschen ein natürliches Bedürfnis nach sozialen Bindungen haben. Ein Mangel oder Fehlen wird als negativ wahrgenommen. Menschen empfinden demnach dann Einsamkeit, wenn ihre sozialen Bedürfnisse nicht erfüllt sind (vgl. Fromm-Reichmann 1959; vgl. Weiss 1973). Die dritte Definition sieht Einsamkeit als subjektiv unerfüllte soziale Erwartungen (vgl. Peplau und Perlman 1982): Zwischen den gewünschten und den tatsächlichen sozialen Beziehungen wird eine als negativ und unerträglich empfundene Diskrepanz festgestellt. Dieser Mangel kann quantitativ sein, aber auch die Qualität von bestimmten Beziehungen kann als mangelhaft gesehen werden.

Den beiden letzteren Definitionen ist gemein, dass sie Einsamkeit als subjektiv empfundenen Mangel an sozialen Beziehungen beschreiben, der von den Betroffenen als negativ und unangenehm erlebt wird (vgl. Perlman/Peplau 1982; vgl. Victor/Sullivan 2015). Eben hier setzt die Unterscheidung von Einsamkeit und sozialer Isolation an: Während Einsamkeit als subjektives Empfinden definiert ist, wird soziale Isolation als objektiver, messbarer Mangel an sozialen Kontakten und Beziehungen angesehen (vgl. Schobin et al. 2022).

Wenn wir in diesem Beitrag die Äußerung Hochaltriger betrachten: »Jetzt ist es gut mit dem Leben, alle meine Lieben sind schon gegangen, ich bin nun allein, was soll ich noch hier?«, so ist es hilfreich, die verschiedenen Formen von Einsamkeit nach der Bedeutung und Tiefe der Beziehungen zu unterscheiden, deren Fehlen subjektiv empfunden wird. Die Literatur beschreibt fünf verschiedene, möglicherweise auch kombiniert auftretende Beziehungsformen, deren Mangel Einsamkeit bewirkt: die emotionale Einsamkeit bei fehlenden engen Bindungen oder fehlendem Vertrauen, die soziale Einsamkeit beim Fehlen als gut empfundener Beziehungen, die kollektive Einsamkeit der fehlenden Gruppenzugehörigkeit, die physische Einsamkeit fehlender körperlicher Nähe und schließlich die kulturelle Einsamkeit beim Fehlen eines kulturellen oder sprachlichen Umfelds (vgl. Luhmann 2022).

Einsamkeit ist somit nicht nur auf soziale Beziehungen und Zugehörigkeit begrenzt, sondern hat dabei auch eine zeitliche Dimension, wobei die individuellen Belastungen und negativen Auswirkungen von Einsamkeit mit zunehmender Dauer zunehmen (vgl. Luhmann 2022). So kann das Gefühl der Einsamkeit kurzfristig, vorübergehend oder auch situativ sein, jedoch auch als chronische Einsamkeit über viele Jahre anhalten. Dass Einsamkeit aus dem Fehlen eines kulturellen oder sprachlichen Zugehörigkeitsgefühls erwachsen kann, lässt aufhorchen in einer Zeit großer Migrationsbewegungen.

Wenngleich wir in diesem Zusammenhang auf die Gruppe hochaltriger Menschen fokussieren, sei darauf hingewiesen, dass Einsamkeit jeden Menschen betreffen und aus komplexen Wechselwirkungen zwischen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren erwachsen kann. Die eigene Einsamkeit kann akzeptiert sein, und nicht hinter jeder Form der Einsamkeit verbirgt sich derselbe ethische Appell (vgl. Rauh 2022). Einsamkeit

ist keineswegs eine Frage des Alters, wenngleich Einsamkeit ein gängiges Stereotyp des Alterns zu sein scheint, das in den heutigen westlichen und nordeuropäischen Ländern häufig geäußert wird (vgl. Victor und Sullivan 2015).

Ausschlaggebender Faktor bei der Entstehung von Einsamkeit ist die Veränderung von Lebenslagen. Besondere Lebensereignisse können zum Beispiel Trennung oder Tod des Partners oder der Partnerin sein, dies gilt häufig gerade für ältere Menschen. Auch Arbeitslosigkeit kann Einsamkeit auslösen, wenn Menschen dadurch in eine Armutslage geraten und sich daraufhin zurückziehen – entweder aufgrund von Schamgefühlen, oder weil sie es sich finanziell schlicht nicht leisten können, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen.

Mittlerweile wird Einsamkeit zunehmend als eine neue Pandemie gesehen, die im digitalen Zeitalter alle Altersgruppen betreffen kann und zu Depression, Angstzuständen, sozialer Isolation bis hin zu Suizidgedanken führen kann (vgl. z.B. Bücken et al. 2020, vgl. John et al. 2021; vgl. Macalli 2022). Beobachtungen zeigen, dass Einsamkeit über die gesamte Lebensspanne auftreten kann. Als besonders vulnerable Phasen werden allerdings das junge Erwachsenenalter etwa zwischen 18 und 29 Jahren sowie das hohe Lebensalter etwa ab 80 Jahren angesehen (vgl. Bücken 2021).

Unter den Jugendlichen beobachtete das Sozio-Oekonomische Panel (SOEP) in Deutschland zwischen 2013 und 2017 einen gravierenden Anstieg der Problematisierung von Einsamkeit (vgl. Goebel et al. 2018). Es ist zu vermuten, dass diese Beobachtung in Teilen auf die Maßnahmen der Pandemie wie Social Distancing oder Schulschließungen zurückzuführen ist.

Häufiger von Einsamkeit betroffen sind insbesondere Frauen, wobei besonders hochaltrige Frauen zur Risikogruppe gehören, da sie ihre Partner eher überleben (vgl. Schobin 2016), Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss, einem direkten Migrationshintergrund, erwerbslose Personen, Alleinerziehende, Menschen mit einem geringen Einkommen sowie ältere Menschen ab 75 Jahre (vgl. Entringer 2022).

Das hohe Alter selbst gilt dabei nicht als Risikofaktor, vielmehr ist es die Zunahme von Ereignissen, die Einsamkeit auslösen und die im hohen Alter zunehmen – sei es der Verlust von Partner*innen, nahen Angehörigen und im engen Freundeskreis – oder Faktoren, die zur sukzessiven gesellschaftlichen und sozialen Isolation führen können wie gesundheitliche Einschränkungen, Altersarmut und Altersdiskriminierung (vgl. Luhmann 2022).

Auch wenn das Altern nicht per se die Ursache von Einsamkeitsbelastungen ist, so ist die Entwicklung des Einsamkeitsempfindens innerhalb dieser Gruppe für eine Gesellschaft von hoher Relevanz, da infolge des demographischen Wandels in den kommenden Dekaden die Zahl der älteren und hochaltrigen Menschen stark anwachsen und ihr Anteil der Bevölkerung weiter steigen wird.

Der aus Einsamkeit entstehende Wunsch alter Menschen nach Suizidassistenz

Kehren wir zurück zu der Äußerung des Wunsches hochaltriger Menschen nach Suizidassistenz, die Ausgangspunkt dieses Beitrages ist: »Jetzt ist es gut mit dem Leben, alle

meine Lieben sind schon gegangen, ich bin nun allein, was soll ich noch hier? Lasst mich doch endlich einfach auch gehen, ich mag nicht mehr«, und betrachten diese Äußerung vor dem Hintergrund der genauen Ausdifferenzierung des Phänomens Einsamkeit und der verschiedenen Beziehungsformen, deren Mangel Einsamkeit bewirkt. Die Adressatin einer solchen Äußerung steht vor dem ethischen Dilemma, welche Art von Hilfe tatsächlich erbeten ist, in welche Richtung mögliche Interventionen zielen können. Um die Akzeptanz und damit Wirksamkeit möglicher Interventionen auszuleuchten, mag hier das salutogenetische Modell von Aron Antonovsky (1997) herangezogen werden. Die Salutogenese ist als komplementärer Begriff zur Pathogenese zu sehen, indem sie auf die Faktoren und Wechselwirkungen, die zu Entstehung und Erhalt von Gesundheit führen, fokussiert.

Ausgangspunkt des salutogenetischen Modells von Aron Antonovsky war die Beobachtung, dass Frauen, die in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten, es geschafft haben, gesund zu bleiben. Entgegen der zentralen Fragestellung der Pathogenese: »Warum wird der Mensch krank?«, beschäftigte sich der israelisch-amerikanische Soziologe seit den 1970er Jahren mit der Fragestellung »Was hält den Menschen gesund?«. Ihm zufolge bewegt sich der Mensch auf einem Kontinuum zwischen den Extremen völliger Gesundheit und völliger Krankheit. Um zumindest das Gleichgewicht zu halten, bedarf es des »Kohärenzsinn«¹, also der Fähigkeit eines Menschen, die ihm gebotenen Ressourcen zu nutzen, um sich gesund zu halten (vgl. Antonovsky 1997). Nach Antonovsky hat das Kohärenzgefühl drei Aspekte: die Verstehbarkeit der Zusammenhänge des Lebens, das Gefühl der Bewältigbarkeit des Leben und schließlich das Gefühl von Sinnhaftigkeit des Lebens. Diesen dritten Aspekt betrachtete Antonovsky als motivationale Komponente (vgl. Antonovsky 1997: 35): Es gibt Herausforderungen und Menschen, für die es sich zu engagieren lohnt.

Der zum Ausgangspunkt dieser Betrachtung genommene Sterbewunsch klingt nach einem Fehlen eben dieser motivationalen Komponente. In ihrem ethischen Wunsch zu helfen ist die Adressatin dieses Wunsches nach Sterbeassistenz mit der Notwendigkeit konfrontiert, im Zusammenhang des Lebens des um Sterbebegleitung bittenden hochaltrigen Menschen eben das Fehlen dieser motivationalen Komponente als Beweggrund zu verstehen, um daraus für sich selbst eine ethisch tragbare Handlung ableiten zu können. Die im Leben Stehende wird um eine Entscheidung angefragt – die Entscheidung, zu helfen. Es gilt herauszufinden, welche Hilfeleistung für beide Seiten tragbar und akzeptabel ist. Sollte die Assistenz zum Suizid die für die anfragende Seite einzig tragbare Lösung sein, so ist für die Adressatin dieser Anfrage zu entscheiden, ob sie diese Entscheidung ethisch mittragen kann.

Hier mag das in der Palliativmedizin etablierte Therapiemodell der würdezentrierten Therapie hilfreich sein (vgl. Chochinov et al. 2005). Die *dignity therapy* wird zur Bewältigung psychosozialer und existenzieller Notlagen eingesetzt, um das Gefühl von Sinn, Zweck und Würde zu stärken. Mit den Patient*innen werden Erinnerungen oder Themen angesprochen, die ihnen am wichtigsten sind oder an die sie sich am liebsten erinnern. Dies mag helfen, die Äußerung einzuordnen.

Auch wenn die Äußerung nach einem Fehlen der motivationalen Komponente im Leben des hochaltrigen Menschen klingt, so stellt sich doch die Frage, ob es sich tatsächlich um den Wunsch nach Sterbebegleitung oder eher um den verdeckten Wunsch nach Nähe

als Ersatz dieser Verluste handelt. Oder fehlen diesem hochaltrigen Menschen die geliebten Menschen, für die es sich zu leben lohnt, in einem Maße, dass sie nicht zu ersetzen sind? Kann eine solche individuelle Empfindung des Verlustes geliebter Menschen durch Nähe gelindert werden, wünscht der hochaltrige Mensch dies überhaupt, möchte er sich überhaupt noch darauf einlassen? Wenn eine solche existenzielle Einsamkeit jedoch akzeptiert und selbstbestimmt ist und kein Wunsch nach Nähe als Ersatz geliebter Menschen besteht, kann dann eine Intervention in Form des Aufbaus sozialer Beziehungen überhaupt gelingen? Käme eine solche Intervention in diesem Falle nicht einer paternalistischen Missachtung des Willens des hochaltrigen Menschen gleich?

Vielleicht ist aus der akzeptierten existenziellen Einsamkeit heraus nicht die Nähe sozialer Beziehungen im Weiterleben gefragt, sondern die Nähe im Sterben – der Wunsch, im Sterben nicht allein zu sein. Ist hier nicht weniger der Wunsch nach Sterbehilfe geäußert worden als vielmehr der Wunsch nach einer Begleitung beim Sterben, wenn es denn in naher Zukunft so weit ist? Dies hieße die Äußerung als Rückversicherung zu verstehen: »Bist du da, wenn ich dich beim Sterben brauche – lasst ihr mich dann nicht allein?« Dies lässt Raum für die vielfältigen Möglichkeiten einer palliativen Begleitung.

Schließlich bleibt immer die warnende Frage, ob einer Eingrenzung von Einsamkeit als Motiv des assistierten Suizids im Alter nicht bereits ein »Altersstereotyp« innewohnt und dies in doppelter Weise: Schleicht sich in der Positionierung der Adressatin, Einsamkeit als Motiv des assistierten Suizids im Alter eher zu akzeptieren, das Vorurteil einer geringeren Lebensperspektive und -qualität im Alter ein, das es uns nachvollziehbar macht, Einsamkeit im Alter als Motiv anzunehmen? Handelt es sich aus der Position des hochaltrigen Senders dieser Äußerung um eine Internalisierung, dass Einsamkeit als eine Alterserscheinung hinzunehmen sei?

Auch wenn es schwer auszuhalten ist: Wann ist eine solche selbst akzeptierte Einsamkeit des Einzelnen von seinem Umfeld zu akzeptieren? Sogar so weit zu akzeptieren, bei dem Wunsch nach Suizid zu assistieren? Vor dem Hintergrund der Diskussion um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids in Deutschland ist zu überlegen, ob jede Form von Regelung eine so geartete Einsamkeit als Motivation des Wunsches nach Suizidassistenz abbilden kann.

Literatur

- Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.
- Ärztblatt, 7. September 2020, Österreichs Regierung und Hilfswerke für Pakt gegen Einsamkeit, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116305/Oesterreichs-Regierung-und-Hilfswerke-fuer-Pakt-gegen-Einsamkeit>, abgerufen am 15. Oktober 2023.
- Batzler, Y. N./Melching, H./Schallenburger, M./Schwartz, J./Neukirchen, M./Bausewein, C.: »Beweggründe für den Wunsch nach Suizidassistenz. Eine retrospektive Auswertung telefonischer Anfragen«, in: Deutsches Ärzteblatt International 120(33-34) (2023): online first, doi: 10.3238/arztebl.m2023.0178.

- Berg-Weger, M./Morley, J. E.: »Loneliness and social isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: implications for gerontological social work«, in: *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 24 (2020), S. 456–458, doi:10.1007/s12603-020-1366-8.
- Borovecki, A./Curkovic, M./Nikodem, K. et al.: »Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: a cross-sectional survey among the general public in Croatia«, in: *BMC Medical Ethics* 23 (2022), <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-022-00751-6>, abgerufen am 15. Oktober 2023.
- Bücker, S./Maes, M./Denissen, J. J. A./Luhmann, M.: »Loneliness and the Big Five Personality Traits: A Meta-Analysis«, in: *European Journal of Personality* 34(1) (2020), S. 8–28, doi: 10.1002/per.2229.
- Bücker S.: *Einsamkeit – Erkennen, evaluieren und entschlossen handeln, schriftliche Stellungnahme für die Anhörung, Deutscher Bundestag, Drucksache 19/25249 vom 12.04.2021.*
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Projekte gegen Einsamkeit fördern*, 04.11.2022, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/initiativen-und-projekte-gegen-einsamkeit-foerdern--203192>.
- Cacioppo, S./Grippe, A. J./London, S./Goossens, L./Cacioppo, J. T.: »Loneliness: clinical import and interventions«, in: *Perspectives on Psychological Science* 10(2) (2015), S. 238–249.
- Cacioppo, J. T./Hawkey, L. C.: »Perceived social isolation and cognition«, in: *Trends in Cognitive Sciences* 13(10) (2009), S. 447–454.
- Chochinov, H. M./Hack, T./Hassard, T./Kristjanson, L. J./McClement, S./Harlos, M.: »Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life«, in: *Journal of Clinical Oncology* 23(24) (2005), S. 5520–5525.
- Entringer, Theresa: *Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland*. Herausgegeben vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V./Kompetenznetz Einsamkeit, o.O. 2022, https://kompetenznetz-einsamkeit.de/wp-content/uploads/2022/07/KN E_Expertise04_220629, abgerufen am 15. Oktober 2023.
- Ettema, E. J./Derksen, L. D./van Leeuwen, E.: »Existential loneliness and end-of-life care: a systematic review«, in: *Theoretical Medicine and Bioethics* 31(2) (2010), S. 141–169.
- Fromm-Reichmann, F.: »Loneliness. Psychiatry«, in: *Journal for the Study of Interpersonal Processes* 22 (1959), S. 1–15.
- Goebel, J./Grabka, M. M./Liebig, S./Kroh, M./Richter, D./Schröder, C./Schupp, J.: »The German Socio-Economic Panel (SOEP)«, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 239(2) (2018), S. 345–360, <https://doi.org/10.1515/jbnst-2018-0022>.
- Haas, Sabine/Bobek, Julia/Braunegger-Kallinger, Gudrun/Ladurner, Joy/Winkler, Petra: *Social Prescribing. Factsheet*. Gesundheit Österreich GmbH (2019), https://jasmin.goeg.at/1411/1/Factsheet_Social%20Prescribing_2019_bf.pdf, abgerufen am 03. August 2023.
- Hajek, A./König, H.-H.: »Health comparisons and loneliness and perceived social isolation«, in: André Hajek/Steffi G. Riedel-Heller/Hans-Helmut König (Hg.), *Loneliness and Social Isolation in Old Age. Correlates and Implications*, Abingdon/New York: Routledge 2024.

- John, A./Lee, S. C./Solomon, S./Crepaz-Keay, D./McDaid, S./Morton, A./Davidson, G./Van Bortel, T./Kousoulis, A. A.: »Loneliness, coping, suicidal thoughts and self-harm during the COVID-19 pandemic: a repeat cross-sectional UK population survey«, in: *BMJ Open* 11 (2021), doi: 10.1136/bmjopen-2020-048123.
- Kodama, Shogo: »Japan appoints ›minister of loneliness‹ to help people home alone. Rise in suicides pushes Suga to tackle issue as major COVID challenge«, in: *Nikkei Asia* (2021), <https://asia.nikkei.com/Spotlight/Coronavirus/Japan-appoints-minister-of-loneliness-to-help-people-home-alone>, abgerufen am 15. Oktober 2023.
- Luhmann, Maiko: Definitionen und Formen der Einsamkeit. Herausgegeben vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Kompetenznetz Einsamkeit, *KNE Expertise 1* (2022), <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/download/2882/>, abgerufen am 07. September 2022.
- Macalli, M./Kinouani, S./Texier, N./Schück, S./Tzourio, C.: »Contribution of perceived loneliness to suicidal thoughts among French university students during the COVID-19 pandemic«, in: *Scientific Reports* 12 (2022), <https://doi.org/10.1038/s41598-022-21288-z>.
- Peplau, L. A./Perlman, D.: »Perspectives on loneliness«, in: L. A. Peplau/D. Perlman (Hg.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, New York: Wiley 1982.
- Schobin, Janosch/Arrigada, Céline/Gibson-Kunze, Martin/Wilke, Yvonne: Einsamkeitsbarometer. Pilotbericht. Herausgegeben vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Kompetenznetz Einsamkeit, *KNE Forschung 1* (2023), <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-forschung>, abgerufen am 03. August 2023.
- Schobin, Janosch: Einsamkeit, Gesellschaft und Demokratie: Einstellungen und Teilhabe. Herausgegeben vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Kompetenznetz Einsamkeit, *KNE Expertise 11* (2022), <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen/kne-expertise-11-schobin>, abgerufen am 14. Oktober 2022.
- Stolz, E./Mayerl, H./Gasser-Steiner, P./Freidl, W.: »Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation«, in: *BMC Med Ethics* 18(71) (2017), doi: 10.1186/s12910-017-0233-6.
- Statistisches Bundesamt Destatis: Todesursachen – Suizid (nach Altersgruppen) – Anzahl der Suizide 2021, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324>.
- van Tilburg, Theo G.: »Social, emotional, and existential Loneliness: A test of the multidimensional concept«, in: *The Gerontologist* 61(7) (2021), S. e335-e344, <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa082>.
- Verein Sterbehilfe: Jahresrückblick 2022 in Zahlen, <https://www.sterbehilfe.de/jahresueckblick-2022-in-zahlen/>, abgerufen am 1. September 2023.
- Victor, Christina/Sullivan, Mary Pat: »Loneliness and isolation«, in: Julia Twigg/Wendy Martin (Hg.), *Routledge handbook of cultural gerontology*, London: Routledge 2015, S. 252–260.

Vilpert, S./Bolliger, E./Borrat-Besson, C./Borasio, G. D./Maurer, J.: »Social, cultural and experiential patterning of attitudes and behaviour towards assisted suicide in Switzerland: evidence from a national population-based study«, in: *Swiss Medical Weekly* 150 (2020), <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20275>.

Weiss, R. S.: *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*, Cambridge, MA: MIT Press 1973.

Yeginsu, Ceylan: »UK appoints a minister for loneliness«, in: *New York Times* (2018), <https://www.nytimes.com/2018/01/17/world/europe/uk-britain-loneliness.html>.

Sinn und assistierte Selbsttötung

Über einige Widersprüche liberaler Suizidethik und wie sie gelöst werden können¹

Roland Kipke

1. Einleitung: Verborgene Widersprüche

Die Sache scheint klar zu sein: Die Liberalisierung des assistierten Suizids, wie sie sich in Deutschland und anderen Ländern vollzogen hat, entspricht gänzlich der freiheitlichen Grundordnung. Wenn Menschen in ihren persönlichen Angelegenheiten frei entscheiden dürfen, dann erst recht in der höchstpersönlichen Frage des eigenen Sterbens. So hat das deutsche Bundesverfassungsgericht 2020 geurteilt, so sehen es zahlreiche westliche Regierungen und Parlamente ebenso wie Autoren² aus Medizinethik und Rechtswissenschaft. Einschränkende Reglementierungen sind demnach nur insofern moralisch gerechtfertigt, als sie selbstbestimmte Entscheidungen der suizidwilligen Menschen sicherstellen. Andere moralische Prinzipien wie Fürsorge und Lebensschutz sind der Achtung vor der Selbstbestimmung untergeordnet, können also nicht gegen selbstbestimmte Suizidentscheidungen gerichtet werden. Eine allgemeinverbindliche Regelung des assistierten Suizids muss ethisch neutral sein, Bewertungen des Suizids und der individuellen Gründe dafür obliegen allein dem Individuum. Die Befürwortung einer liberalen Regelung des assistierten Suizids erscheint also konsequent und widerspruchsfrei.

Doch der Schein trügt. Die in Medizinethik und -recht vorherrschende autonomieorientierte Bejahung der Suizidassistenz ist nicht aus einem Guss, sondern weist einige bemerkenswerte Brüche auf. Denn neben der Bejahung einer liberalen Regelung des assistierten Suizids werden Wertungen vorgenommen und entsprechende Forderungen erhoben, die sich nicht durch das Prinzip der Achtung der Selbstbestimmung begründen lassen. Diese normativen Überzeugungen betreffen insbesondere die Suizidprävention,

1 Bei diesem Aufsatz handelt es sich um eine stark überarbeitete Version des Artikels »Sinnverneinung. Warum der assistierte Suizid uns alle angeht« (Kipke 2021b).

2 Zur Frage nach dem Gebrauch von Personenbezeichnungen, die alle Geschlechter inkludieren, vgl. Kipke 2023.

das ärztliche Recht zur Verweigerung von Suizidassistentz sowie die kommerzielle Suizidassistentz:

Erstens kommt nach Ansicht vieler Autoren auch bei selbstbestimmten Suizidwünschen der Suizidprävention ein moralisches Primat zu. Dieses Primat lässt sich jedoch unter Maßgabe der propagierten Vorrangstellung der Selbstbestimmung nicht begründen. Für die Mehrzahl der Suizidwünsche fällt eine solche Begründung zwar nicht schwer, weil hier die Fähigkeit zum rationalen, selbstbestimmten Handeln als stark eingeschränkt gilt. Aber beim assistierten Suizid soll es ausschließlich um selbstbestimmte Entscheidungen gehen. Und Verteidiger des Rechts auf Suizidassistentz betonen eben, dass auch solche selbstbestimmten Suizide nach Möglichkeit zu vermeiden sind (vgl. Deutscher Ethikrat 2014; vgl. Neitzke et al. 2013: 167, 169; vgl. Merkel 2015: 6). Doch warum? Was geht es uns an, wenn sich Menschen selbstbestimmt für die Selbsttötung entscheiden? Warum sollten wir trotz letztlicher Achtung ihrer Selbstbestimmung zunächst versuchen, sie davon abzubringen, und ihnen eine »lebensorientierte Beratung« zukommen lassen (Deutscher Ethikrat 2014; vgl. Borasio et al. 2020: 96)? Solche Forderungen lassen sich offensichtlich nicht durch die Achtung der Selbstbestimmung begründen. Andere Begründungen sind bislang nicht in Sicht. Der weitgehende Konsens darüber, dass die Unterstützung beim Suizid nur ultima ratio sein darf und dass der Suizidvermeidung Vorrang zukommt, steht also in auffälligem Kontrast zur fehlenden ethischen Begründung dieser Auffassung.

Zweitens: Bei aller Bejahung des Rechts auf assistierten Suizid wird Ärzten zugleich das Recht zugesprochen, keine Suizidassistentz zu leisten. Auch diese verbreitete Position steht bislang auf tönernen Füßen. Das Bundesverfassungsgericht erklärte 2020 apodiktisch: »Die mangelnde individuelle ärztliche Bereitschaft zur Suizidhilfe hat der Einzelne als durch die Gewissensfreiheit seines Gegenübers geschützte Entscheidung grundsätzlich hinzunehmen« (BVerfG 2020, Rn. 289; vgl. Merkel 2015: 6; vgl. Birnbacher 2022). Doch warum sollten Ärzte das Recht haben, eine Handlung aus Gewissensgründen zu verweigern, um die jemand nicht nur aufgrund einer selbstbestimmten Entscheidung bittet, sondern die zudem als Hilfe in äußerster Not gilt, ja als »moralische Pflicht« (Hilgendorf 2014: 546)? Die Frage wird umso dringlicher, als Ärzte privilegierten Zugang zu den tödlichen Mitteln haben, Verweigerungen von ihrer Seite also die Umsetzung eines Suizidwunschs erheblich erschweren. Die gängige Antwort lautet: Das Recht auf assistierten Suizid ist ein Abwehrrecht und kein Anspruchsrecht. Doch diese Antwort trägt zur gesuchten Begründung nichts bei, sondern ist lediglich die komplementäre Formulierung dazu, dass Ärzte das Recht haben, die Unterstützung beim Suizid abzulehnen. Genau diese Beschränkung auf ein Abwehrrecht ist ja zu begründen. Eine solche Begründung ist aber nicht in Sicht, solange die Entscheidung für den Suizid ausschließlich als individuelle selbstbestimmte Entscheidung in einer Notsituation verstanden wird. Denn warum sollten wir den Anspruch auf ärztliche Hilfe bei Kreuzbandriss und Fußpilz haben, während so ein Anspruch in einer viel dramatischeren Notlage ausgeschlossen ist? Die Beschränkung auf ein Abwehrrecht bei der Suizidassistentz ist unter Maßgabe der üblichen normativen Annahmen inkohärent.

Der dritte Wertungswiderspruch betrifft die kommerzielle Suizidassistentz. Das Tor zur Suizidassistentz soll zwar bei selbstbestimmten Entscheidungen offen stehen, eine gewinnorientierte Unterstützung von Suiziden gilt jedoch weithin als unerwünscht (vgl.

Schöne-Seifert 2006; vgl. Rehmann-Sutter/Hagger 2013: 92, 99; vgl. Wiesing 2017: 145; vgl. Borasio et al. 2020: 107; vgl. Künast et al. 2022: 6; vgl. Helling-Plahr et al. 2022: 6f.). Warum aber sollten Menschen, wenn sie sich selbstbestimmt für den eigenen Tod entscheiden, nicht für professionelle Hilfe bezahlen, wie es auch bei anderen Dienstleistungen der Fall ist? In der Kommerzialisierung selbst kann die Ablehnung nicht begründet liegen. Denn mit Sterben und Tod verdienen auch Hospizpflegekräfte und Bestattungsunternehmen ihr Geld, ohne dass irgendjemand daran Anstoß nimmt. Und auch Ärzte werden mit der Assistenz bei Suiziden Geld verdienen beziehungsweise tun es jetzt schon. Je mehr die ärztliche Suizidassistenz institutionalisiert wird, desto selbstverständlicher werden dafür bestimmte Gebühren erhoben. Lässt sich die Ablehnung durch eine Bedrohung der Selbstbestimmung begründen, die bei einer kommerziellen Suizidassistenz zu erwarten wäre? Tatsächlich richten sich die Sorgen vor allem auf »vorschnelle Erfüllung, Missbrauch und Bedrängung zum Suizid« (Borasio et al. 2020: 26). Zusätzlich werden vermeintlich höhere Kompetenzen von Ärzten bei der Suizidassistenz angeführt (vgl. z.B. Schöne-Seifert 2006: 64). Ich habe an anderer Stelle gezeigt, dass solche Überlegungen bei näherer Betrachtung die Ablehnung kommerzieller Suizidassistenz nicht plausibel begründen können (Kipke 2015). Hier nur in aller Kürze: Kommerzielle Suizidhelfer dürften selbst das größte Interesse haben, Missbrauch zu vermeiden. Durch entsprechende Regelungen ließen sich Druck und Bedrängung vermeiden. Es gibt gute Gründe, an den ärztlichen Kompetenzen zu zweifeln. Kommerzielle Suizidhelfer hätten mehr Zeit und könnten durch die Konzentration auf diese Tätigkeit mehr Erfahrung und Expertise erwerben. Die Ablehnung kommerzieller Suizidassistenz lässt sich im Rahmen des herrschenden autonomiezentrierten Ansatzes somit schlecht begründen.

Wir haben es also mit auffälligen Wertungswidersprüchen zu tun: Einerseits soll die Achtung individueller Selbstbestimmung das leitende normative Prinzip bei der Regelung des assistierten Suizids sein; andere Prinzipien kommen allenfalls untergeordnet zur Geltung. Andererseits werden gewisse Einschränkungen verlangt, die sich in diesem normativen Setting nicht rechtfertigen lassen.

Wie kann man damit umgehen? Es gibt zwei Möglichkeiten: Entweder man hält an der individuellen Selbstbestimmung als dem einzigen übergeordneten normativen Gesichtspunkt fest. Die Wertungswidersprüche blieben dann vorerst bestehen, die beschriebenen Überzeugungen dürften aber auf Dauer keinen Bestand haben, sondern mit der Zeit erodieren, eben weil sie im gegebenen normativen Rahmen keine stabile Rechtfertigungsbasis haben. Aus ebendiesem Grund wird bereits das ärztliche Verweigerungsrecht von verschiedenen Autoren attackiert (vgl. Giubilini 2014; vgl. Cholbi 2015; vgl. Schuklenk/Smalling 2017). Es ist nicht unwahrscheinlich, dass entsprechende rechtliche Regelungen letztlich um der Konsistenz willen, gewissermaßen im Zuge einer normativen Flurbereinigung beseitigt werden. Das hieße, dass das Recht von Ärzten zur Ablehnung von Suizidassistenz verneint wird, das bislang angenommene Primat der Suizidprävention aufgegeben wird und kommerzielle Formen von Suizidassistenz vermehrt Anerkennung finden. Mir scheint eine solche Entwicklung nicht wünschenswert zu sein.

Oder man entwickelt eine ethische Position, die diese unterschiedlichen Wertungen rechtfertigen kann. Gesucht wäre also ein Verständnis, das einerseits das Recht be-

gründet, aufgrund einer selbstbestimmten Entscheidung Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen, und andererseits die genannten Restriktionen rechtfertigen kann: das Bemühen, solche Suizide nach Möglichkeit zu vermeiden, das ärztliche Recht, Bitten um Suizidassistenten abzulehnen, sowie den Ausschluss kommerzieller Suizidassistenten. Eine solche Position werde ich im Folgenden vorstellen.

Wie lässt sich eine solche Position entwickeln? Traditionelle alternative moralische Prinzipien wie Fürsorge und Lebensschutz kommen dafür nicht in Frage. Denn sie müssten der Selbstbestimmung gegenübergestellt werden, womit sie unweigerlich eine fragwürdige paternalistische Tendenz erhielten. Es wäre ein »gegen die Autonomie gerichteter Lebensschutz«, wie ihn das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich verworfen hat (BVerfG 2020, Rn. 277). Fürsorge und Lebensschutz sind heute nur noch akzeptabel, sofern sie sich dem Prinzip der Achtung von Selbstbestimmung unterordnen, sofern sie also im Sinne der betreffenden Person sind. Bei jemandem, der Suizid begehen will, ist das jedoch nicht mehr der Fall.

Nötig ist daher ein moralisches Prinzip, das nicht der Selbstbestimmung entgegengesetzt wird, sondern sie *ebenso* begründen kann wie ihre Begrenzungen. Ich schlage dieses Prinzip vor: Sinn. Genauer gesagt geht es um die unvermeidliche menschliche Orientierung am Ziel eines sinnvollen Lebens. Unsere Vorstellungen sinnvollen Lebens wollen wir einerseits selbstbestimmt verfolgen, wozu im Extremfall auch die Verneinung von Lebenssinn gehört, wie sie durch die meisten Suizide in radikaler und unwiderruflicher Weise realisiert wird. Andererseits ist das sinnverneinende Urteil, das sich im (assistierten) Suizid ausspricht, nicht nur für den Einzelnen relevant, sondern erschüttert die Grundlagen des Zusammenlebens, was gewisse Restriktionen rechtfertigt.

Der zweite Teil dieses Verständnissvorschlags dürfte zunächst auf Skepsis stoßen. Denn die Zuschreibung von Lebenssinn gilt weithin als etwas, das allein der jeweiligen Person zusteht, als Angelegenheit der selbstbestimmten Lebensführung also, und diese individuelle Selbstbestimmung sei bei der Frage der Zulässigkeit von Suizidassistenten moralisch und rechtlich ausschlaggebend (vgl. Gutmann 2002: S. 172f., 181; vgl. BVerfG 2020, Rn. 209f.; vgl. Borasio et al. 2020; vgl. Wittwer 2020). Die Sinnthematik sei demnach zwar persönlich wichtig, aber sozialetisch irrelevant.

Ich vertrete hier die gegenteilige Auffassung: Sinn ist nicht etwas, das allein die individuelle Person etwas angeht, sondern auch etwas, das uns verbindet. Damit stelle ich nicht die triviale Behauptung auf, dass wir in unseren Überzeugungen von dem, was ein Leben sinnvoll macht, durch gesellschaftliche Vorstellungen geprägt sind. Gemeint ist vielmehr die stärkere These, dass wir in unserer Orientierung am Ideal eines sinnvollen Lebens aufeinander als Sinnquellen bezogen sind und auf die Sinnbejahung durch andere Menschen angewiesen sind. Es gibt eine Art *sinnkonstituierter Verbundenheit*. Deshalb betrifft die Sinnverneinung eines Suizids nicht den Suizidenten allein, sondern uns alle.

Das mag zunächst abwegig, ja gefährlich klingen. Abwegig, weil wir wie gesagt gewohnt sind, Sinnsuche und Sinnfindung als etwas nur Individuelles zu verstehen. Gefährlich, weil Entscheidungen über die Sinnhaftigkeit eines Lebens allein den einzelnen Patienten zuzugestehen eine zentrale Errungenschaft der medizinethischen Moderne ist. Daher wird man leicht die Rückkehr eines harten Paternalismus wittern, wenn Sinnfragen nicht nur als individuelle Angelegenheit angesehen werden. Beim Thema Suizid kommt hinzu, dass vielen Menschen vor Augen steht, wie suizidante Menschen früher

auf empörende Weise zusätzlich zu ihrer Verzweiflung mit moralischer Verachtung bestraft wurden.

Doch hinter solchen Bedenken steht eine allzu simple Koppelung von Achtung der Selbstbestimmung einerseits und Argwohn gegenüber überindividuellen Maßstäben der Lebensbewertung andererseits. Auf eine solche konzeptionelle Kopplung aber ist ein liberaler Standpunkt nicht angewiesen. Personen in ihren persönlichen Angelegenheiten für allein entscheidungsbefugt zu halten, impliziert nicht, auf jeden übersubjektiven Maßstab der Beurteilung ihrer Entscheidungen verzichten zu müssen. Achtung der Patientenautonomie bedeutet nicht, dass jede autonome Entscheidung klug und die zugrundeliegende Bewertung richtig ist. Und individuelle Suizidentscheidungen auch für eine soziale Angelegenheit zu halten, heißt nicht, sie der Entscheidungsvollmacht des Individuums entziehen zu wollen. Dementsprechend trägt auch die These dieses Aufsatzes keine paternalistische Tendenz in sich.

Im Folgenden werde ich also diesen Zusammenhang zwischen Sinn und Suizid herausarbeiten und zeigen, inwiefern sich auf diese Weise die oben beschriebenen normativen Überzeugungen im Umgang mit dem assistierten Suizid rechtfertigen lassen. Um diese Position griffig bezeichnen zu können, spreche ich von der »Sinnperspektive auf den assistierten Suizid« oder kurz von der »Sinnperspektive«.

So gehe ich vor: Zunächst erkläre ich, was unter Sinn zu verstehen ist und wie wichtig er ist (2). Darauf aufbauend entwickle ich das Verständnis der sinnkonstituierten Verbundenheit und skizziere knapp eine dazugehörige Konzeption von Menschenwürde (3). Die Suizidproblematik ist in diesem Abschnitt bereits im Blick, aber in den Mittelpunkt rückt sie erst im nächsten Abschnitt. Hier übertrage ich die Überlegungen zur sinnkonstituierten Verbundenheit auf den Suizid und begründe so die These, dass der assistierte Suizid aufgrund der darin ausgedrückten Sinnverneinung ein Problem von gesellschaftlicher Relevanz ist (4). Schließlich komme ich auf die drei normativen Überzeugungen – Primat der Suizidprävention, ärztliches Verweigerungsrecht und Ausschluss kommerzieller Suizidassistenz – zurück und erläutere, inwiefern sie sich durch die Sinnperspektive rechtfertigen lassen (5).

Ein Wort noch zur Begrifflichkeit: Auch, wenn im medizinethischen Kontext vor allem der *ärztlich* assistierte Suizid Thema ist, spreche ich allgemein vom assistierten Suizid, weil die Überlegungen ebenso für nicht-ärztliche Suizidassistenz gelten.

2. Sinn

Beim Thema Sinn gibt es ein Problem. Kulturell einflussreiche Vorstellungen von Sinn erschweren eine rationale Auseinandersetzung mit dem Thema. Das sind Vorstellungen von einem letzten Zweck, der dem menschlichen Dasein vorgegeben sei. Solche kosmologisch-teleologischen Konzeptionen sind oft mit der traditionellen Rede vom »Sinn des Lebens« verbunden. Das Problem dieser Konzeptionen ist offensichtlich: Ein letzter Zweck ließ sich bislang nicht entdecken, und denkbar ist er nur unter der Annahme einer zwecksetzenden Instanz oder einer teleologisch verfassten Natur. Weil solche Annahmen unweigerlich in metaphysisch vermintes Gelände führen, stößt die Rede vom

Sinn des Lebens im akademischen Kontext zuweilen – und verständlicherweise – auf skeptisches Stirnrunzeln und nihilistisches Achselzucken.

Glücklicherweise sind solche Konzeptionen nicht die einzige Möglichkeit, Sinn in Bezug auf menschliches Leben zu verstehen. Sie stehen auch im gegenwärtigen philosophischen Sinndiskurs nicht in hohem Ansehen. Wie in diesem Diskurs üblich verstehe ich unter »Sinn« nicht etwas Monolithisches und Vorgegebenes, sondern etwas, das sich je nach Person unterscheidet und von ihrem Handeln und ihrer Lebensweise abhängt (vgl. Wolf 2010; vgl. Metz 2015; vgl. Landau 2017). Dementsprechend ist Sinn graduierbar, ein Leben kann mehr oder weniger sinnvoll sein. Statt von »dem Sinn des Lebens« sprechen viele Autoren heute lieber vom »Sinn im Leben« oder einfach vom »sinnvollen Leben« (bzw. »meaning in life« und »meaningful life«, vgl. Wolf 2010; vgl. Metz 2015; vgl. Landau 2017).

Wodurch aber gewinnt ein Leben an Sinn? Viele philosophische Ansätze ebenso wie lebensweltliche Intuitionen lassen sich durch folgendes Verständnis erfassen (vgl. Rütter 2021): Das Leben einer Person ist sinnvoll, insofern sie in positiver Weise und aktiv auf intrinsisch Wertvolles außerhalb ihrer selbst bezogen ist. »In positiver Weise« bedeutet, dass diese sinnstiftende Beziehung von bejahender Art ist, also schaffend, liebend, pflegend, schützend, rettend, verbessernd und so weiter. »Aktiv« heißt, dass dabei ein Mindestmaß an Aktivität notwendig ist. Reine Widerfahrnisse sind ausgeschlossen, die Person muss *als* Person beteiligt sein. Wie sich »intrinsische Werte« philosophisch begründen lassen, ist umstritten, doch wir alle sind mit solchen Wertungen vertraut: Wir schätzen etwas nicht wegen seines Nutzens, sondern um seiner selbst willen. Das können Menschen sein, aber ebenso Erkenntnisse, Kunstwerke und vieles mehr. »Außerhalb ihrer selbst« meint schlicht, dass es nicht die eigene Person ist, auf die positiv bezogen zu sein, Sinn stiften kann. Selbstverliebtheit schafft keinen Sinn.

Was zunächst abstrakt und formelhaft wirken mag, entspricht dem, was weithin als sinnvoll gilt. Für die meisten Menschen dürften sinnstiftende Verbindungen vor allem zu anderen Menschen bestehen, seien es Freunde, Lebenspartner oder Kinder, aber auch Patienten, Kollegen, Vereinsmitglieder und viele mehr. Ebenso kann ein Leben durch wissenschaftliche, künstlerische oder humanitäre Aktivitäten an Sinn gewinnen. Ob die Pflege guter Freundschaften, eine altruistische Nachbarschaftshilfe, ein gemeinwohlorientiertes politisches Engagement, die Pflege demenzkranker Menschen, das Schaffen inspirierender bildhauerischer Werke, der Schutz bedrohter Vogelarten, eine psychotherapeutische oder pädagogische Arbeit, die Gewinnung astrophysikalischer oder medizinischer Einsichten – das Spektrum sinnvollen Lebens ist weit und bunt.

Sinn wird zwar durch ein Individuum gestiftet, ist aber nicht bloß subjektiver Natur. Das heißt, was intrinsisch wertvoll ist, bestimmt sich nicht nach dem Dafürhalten der jeweiligen Person. Ein reiner Sinn-Subjektivismus hätte extrem kontraintuitive Konsequenzen und wird deshalb auch von der Mehrheit der heutigen Autoren abgelehnt (vgl. Wolf 2010; vgl. Metz 2015; vgl. Landau 2017). Denn dann wäre eine Tätigkeit sinnvoll, sobald die betreffende Person sie gern ausübt oder für sinnvoll hält. Die Demokratisierung eines autoritären Regimes wäre genauso sinnvoll wie Grashalme im Vorgarten zu zählen, die Schaffung eines bahnbrechenden literarischen Werks genauso wie ein leidenschaftliches, aber dilettantisches Geschreibsel.

Selbstverständlich ist der Streit darüber notorisch, was im Einzelnen objektiv intrinsisch wertvoll ist und nicht nur subjektiv so empfunden wird. Doch dass wir darüber diskursiv streiten, zeigt, dass es rationale Gründe gibt, die für das eine und gegen etwas anderes sprechen. Hier ergeht es uns nicht anders als bei moralischen Fragen: Wir mögen uns uneinig sein, was im Einzelnen richtig und falsch ist, aber wir sind uns in der Regel darüber einig, dass es ein solches Richtig und Falsch gibt.

So weit zu einer knappen Bestimmung dessen, was Sinn ist und was ein sinnvolles Leben ausmacht. Zu klären ist noch die praktische Bedeutung, die Sinn für uns hat. Sie ist kaum zu überschätzen. Ob man den Begriff »Sinn« verwendet oder nicht, das damit Gemeinte ist es, was unserem Leben evaluatives Gewicht verleiht. Auf dieses Gewicht sind wir existenziell angewiesen. Durch seinen Beziehungscharakter hebt Sinn uns gewissermaßen aus der Kleinheit des eigenen Ichs und verschafft unserem Leben Wert, Relevanz, Bedeutsamkeit. Auch das Glück, das im Sinne von Erfülltheit und langfristiger Zufriedenheit oft als höchster Wert des Lebens gilt, hängt maßgeblich von Sinnerfahrung ab. Ein als sinnlos erfahrenes, aber glückliches Leben ist kaum denkbar. Auch wenn es etwas pastoral klingen mag: Sinn oder zumindest die Hoffnung auf Sinn ist dasjenige, was uns morgens aufstehen lässt, was uns schwere Zeiten durchhalten lässt, was uns schlechthin leben lässt.

Wie sehr wir auf Sinn angewiesen sind, zeigt sich vor allem dann, wenn er uns dauerhaft fehlt – oder genauer: wenn es uns an seiner Erfahrung fehlt. Die psychologische Sinnforschung zeigt, dass dann nicht nur Glück ausbleibt, sondern auch die Gesundheit Schaden nimmt, nicht zuletzt durch erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum (vgl. Schnell 2016: 125–128). Auch wenn ein Mangel an Sinnerfahrung keine Krisensymptome hervorruft, geht er »einher mit subjektiver Hilflosigkeit und Kontrollverlust« (Schnell 2016: 96). Vor allem aber sind Sinnkrisen oft auch Lebenskrisen, und Lebenskrisen sind vorrangig Sinnkrisen, das heißt ein als schmerzhaft und bedrohlich erlebter Mangel an Lebenssinn. Menschen in Sinnkrisen weisen eine erhöhte Neigung zur Selbsttötung auf (vgl. Schnell/Gerstner/Krampe 2018). Auch depressive Erkrankungen zeichnen sich durch die Erfahrung von Sinnlosigkeit aus und sind mit deutlich erhöhter Suizidalität verbunden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2023: 155; vgl. Kleftras/Psarra 2012). Ohne Übertreibung kann man feststellen: Sinnerfahrung und Lebensbejahung sind aufs Engste verknüpft. So wie der Wunsch nach Weiterleben von einem Mindestmaß an Sinnerfahrung abhängt, so ist die Beendigung des eigenen Lebens zumeist Ausdruck einer endgültigen Verneinung von Sinn. Dazu müssen sich Suizidwillige nicht die Rede von »Sinnlosigkeit« zu eigen machen. Vielmehr kann sich dieses Urteil auch hinter anderen Begründungen verbergen, wie dem (drohenden) Verlust von Würde, Autonomie oder wichtigen sozialen Beziehungen (vgl. Van Orden et al. 2015; vgl. Bosshard 2017: 37f.).

3. Die sinnkonstituierte Verbundenheit und ein neues Verständnis von Menschenwürde

Die Beendigung des eigenen Lebens durch Suizid, und damit auch durch assistierten Suizid, als Ausdruck einer Verneinung von Sinn – so weit mag das als Einsicht mit ge-

ringem Neuigkeitswert gelten. Doch warum sollte die Sinnverneinung eines Einzelnen für andere oder gar für alle von Relevanz sein?

Einen ersten Zugang zu diesem Gedanken können die Erfahrungen von Hinterbliebenen schaffen, die einen Angehörigen durch Suizid verloren haben. Diese Erfahrungen unterscheiden sich von der Trauer anderer Hinterbliebener. Zu dem Schmerz des Verlusts treten in vielen Fällen unter anderem eine existenzielle Verunsicherung, ein Gefühl des Verlassenseins, eine Infragestellung des eigenen Lebens (vgl. Jordan 2001; vgl. Tal Young et al. 2012: 178–180; vgl. Gamondi 2017: 48). Darüber hinaus haben Hinterbliebene eines Suizidenten ein deutlich höheres Risiko, psychisch zu erkranken sowie selbst Suizid zu begehen (vgl. Jordan 2001: 94–96; vgl. Tal Young et al. 2012: 181; vgl. Erlangsen et al. 2017). Die emotionalen Reaktionen und biografischen Verarbeitungsmodi der Hinterbliebenen sind natürlich individuell sehr unterschiedlich und hängen von vielerlei Umständen ab. Dennoch bleibt festzuhalten, dass für viele die Selbsttötung eines nahestehenden Menschen nicht nur die Beziehung zu ihm vernichtet, sondern darüber hinaus das Sinngefüge des eigenen Lebens erschüttert. Mit anderen Worten: Die radikale Sinnverneinung des einen setzt sich teilweise im Leben der anderen fort. Das, was die eine Person ihr Leben beenden ließ, erschwert auch anderen Personen die Fortführung ihres Lebens massiv.

Dagegen drängen sich zwei Einwände auf. Erstens: Was für »normale« Suizide gilt, muss nicht für assistierte Suizide gelten. Die große Mehrheit von Suiziden erfolgt unter den Bedingungen psychischer Erkrankungen, oftmals abrupt und meist ohne Einbindung der Angehörigen. Assistierte Suizide hingegen sind ohne eine wohlüberlegte, selbstbestimmte Entscheidung gar nicht zulässig und erfolgen somit in der Regel nach reiflicher Überlegung. Nicht zuletzt dadurch ist eine Einbindung von Angehörigen in den Entscheidungsprozess eher möglich und kommt auch faktisch häufiger vor. Dadurch fallen die destruktiven Folgen für die Angehörigen weitgehend weg (vgl. Gamondi 2017: 43f.). – Der Einwand erscheint plausibel, tatsächlich jedoch sind die Auswirkungen assistierter Suizide auf die Angehörigen wenig erforscht. Sicherlich unterscheiden sich die Auswirkungen von Fall zu Fall und hängen von zahlreichen Faktoren ab, wie unter anderem der Art der Beteiligung und der Beschaffenheit der Beziehung zu dem Suizidenten (vgl. Gamondi 2017: 48f.). Es gibt Hinweise darauf, dass die Folgen nur dann weniger gravierend sind als bei anderen Suiziden, wenn die Angehörigen mit dem Suizidverlangen einverstanden waren. In den Fällen, in denen sie die Entscheidung des Betroffenen zwar aus Achtung seiner Selbstbestimmung respektierten, aber nicht damit einverstanden waren, scheint die spätere emotionale Situation hingegen derjenigen bei nicht assistierten Suiziden zu ähneln (vgl. Gamondi 2017: 44).

Zweiter Einwand: In jedem Fall handelt es sich nur um Auswirkungen auf einen kleinen Personenkreis, von faktischen Auswirkungen auf alle anderen kann keine Rede sein. – Das ist richtig. Die wenigsten Menschen, die Suizid begehen, kennen wir persönlich. Wenn es eine Relevanz für alle anderen gibt, dann kann sie offensichtlich nicht in psychischen Folgen von begrenzter Reichweite liegen. Vielmehr muss es sich um eine *ideelle* Relevanz handeln.

Wie ließe sich eine solche ideelle Relevanz der suizidalen Sinnverneinung verstehen? Wenn die Sinnverneinung eines Menschen für alle anderen relevant sein sollte, müsste Sinn oder die Orientierung an Sinn etwas sein, in dem wir auf eine noch zu klärende

Weise miteinander verbunden sind. Das mag in manchen Ohren esoterisch klingen, und dennoch lässt sich der Gedanke nüchtern plausibilisieren. Susan Wolf ist dieser Verbundenheit auf der Spur, wenn sie darüber nachdenkt, warum Sinn für uns so wichtig ist. Ihr zufolge liegt ein Teil der Antwort in unserer sozialen Natur. Es sei unser Interesse, »to see one's life as valuable in a way that can be recognized from a point of view other than one's own« (Wolf 2010: 27). So unterschiedlich die individuellen Vorstellungen eines sinnvollen Lebens auch sein mögen, sind wir durch die gemeinsame Orientierung an Sinn doch gewissermaßen Teil einer Sinngemeinschaft:

»Our interest in being able to see our lives as worthwhile from some point of view external to ourselves, and our interest in being able to see ourselves as part of an at least notional community that can understand us and that to some degree shares our point of view, then, seem to me to be pervasive, even if not universal.« (Wolf 2010: 31)

Diese Verbundenheit in einer ideellen menschlichen Gemeinschaft der Sinn-Bewertenden ist noch nicht alles. Sie hat eine Entsprechung auf axiologischer Ebene, das heißt, *Menschen* kommt eine zentrale Rolle als sinnstiftenden Werten zu. Andere Menschen sind ganz überwiegend das intrinsisch Wertvolle, auf das in positiver Weise bezogen zu sein unserem Leben Sinn verleiht. Zumeist sind das Menschen, mit denen wir in Nahbeziehungen verbunden sind. Es kann sich aber auch um große Gruppen von Menschen handeln, wie bei einem humanitären oder politischen Engagement. Auch bei wissenschaftlichen und ästhetischen Aktivitäten ist der Bezug auf Menschen von Bedeutung. Denn Menschen sind es, auf die ästhetische und wissenschaftliche Leistungen direkt oder indirekt abzielen: als Nutznießende, Wahrnehmende, Genießende, Miterkennende und so weiter. Zwar ist Sinnstiftung auch durch den Bezug auf außermenschliche Werte möglich, doch erstens spielt eine solche Sinnstiftung quantitativ eine untergeordnete Rolle, und zweitens neigt ein Leben, dessen Sinn sich ausschließlich aus solchen Quellen speist, dazu, auf eigentümliche Weise verarmt zu sein.

Während die Behauptung eines universalen Menschen-Bezugs bei wissenschaftlichen oder ästhetischen Projekten noch einleuchten mag, wird sie bei Nahbeziehungen auf Skepsis stoßen. Es ist doch nur die Edith, der Gregor oder die Mama, mit denen positiv verbunden zu sein unserem Leben Sinn verleiht. – Der Einwand ist richtig hinsichtlich dessen, worauf wir vordergründig achten. Selbstverständlich haben wir in aller Regel nicht »den« Menschen oder die Menschheit im Blick, wenn wir etwa mit Gregor plaudern. Dennoch spielt das Menschsein für die Beziehung eine fundamentale Rolle. Man stelle sich vor, was geschähe, wenn sich Gregor eines Tages zu einem »ungeheuren Ungeziefer« verwandeln würde (Kafka 1976: 56). Die vorherige Beziehung wäre zerstört. Es wäre uns unmöglich, mit dem Ungeziefer auf dieselbe Weise verbunden zu sein. Deshalb: Wenn auch normalerweise unbewusst, ist die sinnstiftende Beziehung zu einem *bestimmten* Menschen immer auch eine Beziehung zu einem Menschen *als Menschen*. Somit ist etwas von grundlegender Bedeutung, das auch allen anderen Menschen wesentlich eigen ist. Für jede partikuläre sinnstiftende Beziehung zu Menschen ist das universale Moment des Menschseins notwendige Bedingung.

Menschen, und zwar *Menschen überhaupt*, spielen also für unsere Orientierung an Sinn eine zweifach fundamentale Rolle: als diejenigen, deren Perspektive für das eigene

Sinnstreben zumindest potenziell ausschlaggebend ist, und als diejenigen, auf die positiv bezogen zu sein unserem Leben Sinn verleiht; als Sinnbewertungsinstanz und als Sinnquelle.

Diese zentrale Bedeutung von Menschen für ein sinnvolles Leben wird auch in einem bekannten Gedankenexperiment fassbar, das Samuel Scheffler angestellt hat. Darin erfahren wir, dass kurz nach unserem eigenen natürlichen Tod die Menschheit aussterben wird. Scheffler macht plausibel, dass wir unter diesen Umständen den Sinn unserer meisten Tätigkeiten, ja unseres Lebens verloren sähen. Das ist bemerkenswert, weil es nicht das Ende des eigenen Lebens ist, auch nicht das Ende des Lebens der uns nahestehenden Menschen, das unserem Leben den Sinn raubt, sondern »die Existenz von Menschen, die wir weder lieben noch kennen« (Scheffler 2015: 56), also die Existenz von Menschen überhaupt. Er folgert:

»Die Menschheit selbst, als fortdauerndes, historisches Projekt, bildet den impliziten Bezugsrahmen für den Großteil unserer Urteile darüber, was von Bedeutung ist.« (Scheffler 2015: 78)

Dies alles erlaubt, von einer universalen sinnkonstituierten menschlichen Verbundenheit zu sprechen. Wir sind als sinnsuchende und sinnstiftende Wesen miteinander verbunden.

Diese These dürfte auf Widerspruch stoßen. Ein erster Einwand könnte darauf verweisen, dass viele Menschen eine solche menschheitliche Verbundenheit nicht empfinden oder vielleicht sogar ausdrücklich verneinen. – Das mag so sein, trifft aber nicht die These. Die These behauptet ja keine emotionale, sondern eine ideelle Verbundenheit, die man empfinden kann, aber nicht muss. »Ideell« heißt andererseits nicht, dass diese Verbundenheit bloß theoretischer oder imaginärer Art ist. Stattdessen handelt es sich um eine axiologische Verbundenheit, die unserer Sinnorientierung eingeschrieben ist. Wir können sie übersehen, dennoch ist sie da, kraft unserer Ausrichtung auf Sinn.

Ein zweiter Einwand hebt hervor, wie unterschiedlich unsere Vorstellungen davon beschaffen sind, was ein sinnvolles Leben ausmacht. Diese Vorstellungen unterscheiden sich von Person zu Person erheblich und schließen sich teilweise sogar gegenseitig aus. Aus einer solchen Kakophonie partikulärer Konzeptionen lässt sich nichts Gemeinsames destillieren. – Dass sich unsere Sinnkonzeptionen massiv unterscheiden, steht außer Frage. Doch erstens kann wie gesagt nicht jede faktische Vorstellung von dem, was ein sinnvolles Leben ausmacht, als richtig gelten. Wer etwa glaubt, durch sein rassistisches Engagement seinem Leben Sinn zu verleihen, irrt sich. Und das dennoch weite Spektrum berechtigter Sinnkonzeptionen mindert nicht die ihnen gemeinsame Orientierung am Humanum. Etwas blumig formuliert: Das Universale liegt im Schatten des Partikulären. Allzu fremd dürfte diese Idee nicht sein, wie erneut ein Seitenblick auf die Moral zeigt. Auch wenn wir uns in unseren moralischen Überzeugungen unterscheiden, ist heute jede ernsthafte Moralkonzeption darauf angelegt, andere Personen als moralisch zu berücksichtigende Subjekte anzuerkennen. So wie man von der moralischen Gemeinschaft spricht – der Gemeinschaft moralischer Subjekte, die zugleich Objekte moralischer Verpflichtungen bilden –, lässt sich auch von der Sinngemeinschaft sprechen.

Das Verständnis der sinnkonstituierten Verbundenheit ist strukturell verwandt mit verschiedenen Ansätzen, die den Beziehungscharakter menschlichen Lebens in der ethischen Theoriebildung zur Geltung zu bringen versuchen. Dazu gehört etwa die Care-Ethik (vgl. Nodding 2013; vgl. Kittay 2020), die insbesondere auch in der Medizin- und Pflegeethik auf Widerhall stößt (vgl. Conradi/Vosman 2016). Auch jüngere Ansätze zur Begründung und Bestimmung der Menschenwürde machen das relationale Element stark (vgl. Metz 2012; vgl. Ikenobe 2016; vgl. Kirchhoffer 2017; vgl. Miller 2017). So unterschiedlich diese Ansätze sind, treffen sie sich doch in dem Anliegen, die Menschenwürde in Beziehungen und Gemeinschaften oder in der Fähigkeit dazu zu verankern. Damit wollen sie eine individualistische Engführung auf die einzelne autonome Person verhindern.

Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesen Ansätzen ist hier nicht der Platz. Nur so viel: Einerseits scheint es mir richtig zu sein, die Menschenwürde, die eklatant das Verhältnis zwischen Menschen betrifft, aus diesem »Zwischen« heraus zu verstehen und zu begründen. Andererseits jedoch leiden die existierenden Ansätze teilweise unter gravierenden Begründungslücken sowie einer Tendenz zum Konservatismus, insofern sie die Gemeinschaft vor das Individuum stellen und nonkonformistischen Lebensweisen notgedrungen skeptisch begegnen müssen.

Die Idee der sinnkonstituierten Verbundenheit weist mit ihrer Betonung der Relationalität nicht nur eine strukturelle Parallele zu diesen Ansätzen auf, sondern kann selbst zu einem Verständnis der Menschenwürde ausgebaut werden, das die genannten Probleme zudem vermeidet. Möglich ist hier nur eine grobe Skizze: Der Kern dieses Menschenwürdeverständnisses ist ebenjener Wert von Menschen, den wir, siehe oben, in unserer Orientierung am Ziel eines sinnvollen Lebens immer schon implizit voraussetzen. Die sinnkonstituierte Verbundenheit ist ja nicht eine wertfreie Relation, sondern bildet eine evaluativ gehaltvolle ideelle Gemeinschaft. In ihr ist jeder Mensch erstens Träger einer grundsätzlichen gemeinsamen Sinnorientierung, auf die sich ein jeder Sinnsuchender implizit bezieht, zweitens eine mögliche Sinnquelle anderer Menschen sowie drittens selbst möglicher Sinnstifter. Die Menschenwürde zu achten bedeutet entsprechend, den Menschen als an Sinn orientiertes Wesen zu achten. Das heißt: ihn als gleiches Mitglied der Gemeinschaft sinnorientierter Wesen zu behandeln, ihn so zu behandeln, dass er als sinnstiftungsfähiges Wesen, also als Person zur Geltung kommt, und ihm die Möglichkeit zu geben, seine eigene Konzeption eines sinnvollen Lebens zu verwirklichen (vgl. Kipke 2020; vgl. Kipke 2021a; vgl. auch Joerden 2015).

4. Die axiologische Reichweite der suizidalen Sinnverneinung

Wenn die Überlegungen zur sinnkonstituierten Verbundenheit und der so begründeten Menschenwürde richtig sind, wirft das ein neues Licht auf den Suizid und seine Unterstützung. Denn wenn ein Suizid Ausdruck einer endgültigen Verneinung von Sinn ist und wir alle durch diese Dimension des Sinns verbunden sind, geht dieser Suizid uns alle an. Ein Suizid verneint – zumeist – in grundlegender Weise dasjenige, was unser Leben lebenswert macht, und tut dies auf radikale und irreversible Weise. Natürlich sind es jeweils ganz verschiedene Aktivitäten, Projekte und Mitmenschen, die ein Leben lebens-

wert machen oder zumindest machen könnten. Dennoch verneint ein Suizid nicht nur die konkreten potenziellen Sinnquellen der jeweiligen Person, sondern immer auch die Möglichkeit von Lebenssinn selbst. Bildhaft ausgedrückt: Ein Suizid zerschneidet das gemeinsame Netz, das uns trägt, auch wenn dieses Netz aus sehr unterschiedlichen Materialien geknüpft ist. Somit gilt das, was viele Angehörige, die einen Menschen durch Suizid verloren haben, emotional erfahren, auf einer axiologischen Ebene für alle Menschen. Ein Suizid macht nur einige *betroffen*, doch seine sinnverneinende Geste *betrifft* uns alle.

Wenn dieser Gedanke befremdlich erscheint, liegt das an der Gewohnheit, uns *nur* als autonome Individuen zu betrachten, die ihre eigenen Vorstellungen sinnvollen Lebens entwickeln und zu verwirklichen versuchen. Diese Autonomie ist ja in der Tat ein faktisch und normativ enorm wichtiger Aspekt unseres Lebens. Aber sie ist bei Weitem nicht alles, was sich über Handeln, Leben und insbesondere über das Streben nach Sinn sagen lässt. Ein vernachlässigter Aspekt besteht eben darin, dass wir in unserem individuellen Sinnstreben auf eine untergründige Weise aufeinander bezogen und voneinander abhängig sind. Und wer sich aus Gründen der Sinnverneinung selbst tötet, kapt diese Verbindung und verneint damit nolens volens nicht nur sein eigenes Leben.

Vielleicht wird die Verletzung der sinnkonstituierten Verbundenheit einsichtiger, wenn wir sie in der vertrauteren Begrifflichkeit der Menschenwürde reformulieren. Damit wird zugleich die normative Ambivalenz des assistierten Suizids deutlicher: Eine im Sozialen gründende, auf unserer Orientierung an Sinn bauende Konzeption der Menschenwürde kann nicht darüber hinwegsehen, wenn Menschen sich selbst vernichten. Denn damit wird die Grundlage der Menschenwürde in Frage gestellt. Zugleich gehört der Schutz selbstbestimmter Lebensführung, die im Extremfall einen Suizid einschließen kann, zum Kern der Menschenwürdegarantie. Es ist nur scheinbar paradox: Zu einer auf der Menschenwürde bauenden Rechtsordnung gehört es selbstverständlich, Suizide nicht zu pönalisieren. Ebenso richtig ist aber, dass eine Gesellschaft, die die Menschenwürde ernst nimmt und nicht auf Achtung der Selbstbestimmung reduziert, mit der Unterstützung von Suiziden hadern muss – nicht trotz, sondern um der Menschenwürde willen.

Damit wird auch verständlich, warum die Menschenwürde sowohl für als auch wider den assistierten Suizid ins Feld geführt wird (vgl. Borasio et al. 2020: 86f.; vgl. Wittwer 2020: 186–196). Der Grund dafür liegt keineswegs in einer inhaltlichen Beliebigkeit, sondern in ihrem klar fassbaren, aber mehrdimensionalen Gehalt. Die Kontrahenten der Debatte nehmen auf verschiedene Dimensionen der Menschenwürde Bezug. Die Pflicht zur Achtung selbstbestimmter Suizidentscheidungen folgt aus ihr ebenso wie eine kritische Bewertung von deren Unterstützung. Suizidassistenz verletzt nicht die Menschenwürde, aber sie untergräbt ihre axiologische Grundlage. Das macht diese Handlungsweise ethisch so irritierend. Jede einseitige Reduktion auf nur einen Aspekt wird der Menschenwürde nicht gerecht. Die sinntheoretische Aufdeckung dieser Spannung macht die Bewertung des assistierten Suizids nicht einfacher, aber sie wird seiner normativ-evaluativen Komplexität gerechter.

So wird die *Bedeutung* des (assistierten) Suizids verständlicher. Was ist damit gemeint? Nach Johannes Fischer ist die Bedeutung von Handlungen und Ereignissen ein wesentlicher Gegenstand moralischen Urteilens, der jedoch in der akademischen Ethik

vernachlässigt wird (vgl. Fischer 2009). Gemeint ist dasjenige, was uns Handlungen und Ereignisse bedeuten, welches Gewicht sie für uns haben, welchen Platz sie im Gefüge unserer evaluativ gefüllten Weltwahrnehmung einnehmen, jenseits eines verfehlten »Dualismus von Tatsachen und Wertungen« (Fischer 2009: 246). Erst vor dem Hintergrund dieser Bedeutung werden die emotionalen Reaktionen verständlich, wie zum Beispiel Betroffenheit. Und diese Bedeutung ist auch für die moralische Beurteilung ausschlaggebend.

Fischer weist ganz richtig darauf hin, dass die Bedeutung des Suizids in der ethischen Debatte theoretisch unterbelichtet ist. Die Sinnperspektive erschließt diese Bedeutung des Suizids. Sie vermag die Betroffenheit, die Verstörung verständlich zu machen, die wir empfinden können, wenn wir von einem Suizid auch einer entfernt bekannten oder unbekanntenen Person hören. Insbesondere kann sie verständlich machen, warum und inwiefern uns ein Suizid etwas angeht, und zwar nicht nur dann, wenn wir mit der Person vertraut waren.

Genauer muss man sagen, dass die Sinnperspektive *einen* Teil der Bedeutung des assistierten Suizids verständlich macht. Einen anderen Teil dieser Bedeutung bildet nämlich die Selbstbestimmung der suizidalen Entscheidung. Das, was ein assistierter Suizid bedeutet, liegt also auch durchaus darin, dass sich ein zu selbstbestimmten Entscheidungen fähiger Mensch entschlossen hat, seinem Leben ein Ende zu setzen. Erst aus dieser Spannung zwischen der uns betreffenden Sinnverneinung und der zu achtenden individuellen Selbstbestimmung wird die soziale Problematik und moralische Konfliktträchtigkeit des assistierten Suizids verständlich. Diese Spannung geht im ethischen Diskurs zuweilen unter, wenn die Suizidthematik auf die Frage nach Selbstbestimmung reduziert wird, »so als ginge ein Suizid gewissermaßen ›in Ordnung«, wenn die psychiatrische Abklärung ergeben hat, dass er freiverantwortlich und selbstbestimmt ist« (Fischer 2009: 245).

Die Sinnperspektive vermag auch die unterschiedlichen Bewertungen *verschiedener Suizidgründe* verständlich zu machen. Beim klassischen Fall des assistierten Suizids geht es um Menschen mit tödlichen Erkrankungen. Inzwischen wird jedoch Suizidassistentz ebenso bei »Lebensmüdigkeit« gerechtfertigt und praktiziert. Auch das Bundesverfassungsgericht bahnt dafür den Weg (BVerfG 2020, Rn. 210). Während die Suizidassistentz bei Sterbenskranken vielfach auf Verständnis stößt, ruft sie im Falle Lebensmüder eher Skepsis hervor. Warum? Versteht man Suizidassistentz nur als Hilfe bei der Umsetzung eines selbstbestimmten Wunsches in existenzieller Not, ist diese unterschiedliche Bewertung nicht nachvollziehbar. In der Sinnperspektive ändert sich das. Ein Suizid aus Gründen der Lebensmüdigkeit ist der geradezu paradigmatische Fall der Sinnverneinung: Eine Person beendet ihr Leben, eben weil es in ihren Augen sinnlos ist oder geworden ist. Beim Suizid aus krankheitsbedingten Gründen hingegen kann neben der Sinnverneinung ein gewisses Maß an Sinnbejahung vorhanden sein, zum Beispiel in der Bejahung wichtiger Nahbeziehungen, die sogar in die Realisierung des Suizidvorhabens involviert sein können. Das lässt solch einen assistierten Suizid in einem etwas anderen, ambivalenteren Lichte erscheinen. Nur etwas anders, weil der durch die Erkrankung oder das erwartete Leid erzeugte Verlust an Sinnerfahrung die bestehende Sinnbejahung letztlich überlagert und sich im Suizid endgültig ausdrückt.

Noch einmal anders verhält es sich bei einem Suizid von jemandem, der nicht lebensmüde, sondern »lebenssatt« ist, wie man so sagt. Wer sein Leben als sinnvoll bejaht und gerade wegen des Sinnreichtums dieses Lebens in fortgeschrittenem Alter als gerundet und beendigungswürdig ansieht, dürfte auf breites Verständnis stoßen. Die Sinnperspektive weiß warum: Der Suizid(wunsch) verliert hier weitgehend seinen sinnverneinenden Stachel.

Schließlich kann die Sinnperspektive auch die besonderen Bewertungen verständlich machen, die sich mit den seltenen Fällen von Suiziden als Selbstopfer verbinden. Zu denken ist etwa an die Selbstverbrennung als Protest gegen ein Unrechtsregime. Während Suizide sonst allenfalls auf Verständnis stoßen, rufen solche altruistischen Suizide Reaktionen wie Bewunderung hervor. Nicht überraschend, denn sie dienen einem wertvollen Zweck jenseits des eigenen Wohls, das heißt, sie stiften selbst Sinn (vgl. Metz 2016: 30f.).

Während wir also unter alleiniger Maßgabe des Respekts vor der Selbstbestimmung gezwungen sind, sämtliche Suizide und Suizidwünsche ethisch über einen Kamm zu scheren, sofern die jeweilige Entscheidung hinreichend selbstbestimmt ist, ermöglicht die Suizidperspektive vielfältige Differenzierungen. Ohne die normative Relevanz der Selbstbestimmung zu vernachlässigen, kann die Sinnperspektive die unterschiedlichen Bewertungen und die Ambivalenzen begreiflich machen, die sonst als ideologische Relikte oder widersprüchliche, nicht öffentlich zu rechtfertigende Intuitionen erscheinen müssen.

5. Die Rechtfertigung der Restriktionen

Gewiss, die Sinnperspektive auf den assistierten Suizid ist ungewöhnlich. Die Qualität eines ethischen Ansatzes bemisst sich jedoch nicht nach dem Grad seiner Gewöhnlichkeit, sondern vor allem danach, ob er moralische Urteile verständlich machen und begründen kann. Genau das leistet die Sinnperspektive. Damit komme ich auf die drei normativen Überzeugungen zurück, die in der Einleitung diskutiert wurden. Erst durch die Sinnperspektive lassen sie sich rechtfertigen.

Erstens: Die Sinnperspektive kann das Primat der Suizidprävention rechtfertigen. Wie gesagt wird der Suizidprävention allenthalben ein Primat eingeräumt. Das heißt, auch wenn ein Verlangen nach Suizid(assistenz) selbstbestimmt ist, gilt es als wünschenswert, die Selbsttötung zu vermeiden. Personen, die Suizidwillige beraten, haben zwar selbstverständlich kein Recht, die Ratsuchenden durch Zwang davon abzuhalten, aber sie sollten nach Möglichkeit darauf hinwirken, dass sie sich für das Weiterleben entscheiden. Die meisten Menschen dürften diese Forderung intuitiv einleuchtend finden und alles andere für zynisch halten. Doch die Intuition lässt sich schwerlich in einem ethischen Rahmen begründen, der allein der Selbstbestimmung eine normative Vorrangstellung zuspricht und sich ansonsten auf ethische Neutralität beruft.

Will man das Primat der Suizidprävention begründen, kommt man nicht umhin, den Suizid im Prinzip für ein Übel zu halten (vgl. Kipke 2019: 317). Andernfalls wäre nicht verständlich, warum eine solche Handlung verhindert werden sollte. Doch genau diese Bewertung des Suizids wird im medizinethischen Denken heute zumeist tunlichst ver-

mieden, da sie im einseitigen Selbstbestimmungsparadigma unweigerlich unter Paternalismusverdacht steht.

Ein Einwand: Lässt sich das Primat der Suizidprävention nicht leicht durch das Prinzip des Lebensschutzes rechtfertigen? Im bundesdeutschen Verfassungsrecht jedenfalls ist es üblich, das Recht auf Leben nicht nur im Sinne eines subjektiven Abwehrrechts, sondern auch als objektive Garantie für das Rechtsgut Leben zu begreifen. – Für die Verhinderung nicht-freiverantwortlicher Suizide ist das sicherlich ausreichend. Doch sobald die Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches gewiss ist, droht der Lebensschutz ein »gegen die Autonomie gerichteter Lebensschutz« zu werden, wie ihn das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich verworfen hat (BVerfG 2020, Rn. 277). Vor demselben Problem steht der Versuch, Suizidprävention mit der Irreversibilität der Selbsttötung zu begründen. Denn die Irreversibilität ist innerhalb des einseitigen Autonomieparadigmas nur so lange ein guter Grund, jemanden von seinem Suizidwunsch abzubringen, wie die Autonomie dieses Wunsches nicht feststeht. Sobald das jedoch der Fall ist, müssen präventive Bemühungen mit Verweis auf die Irreversibilität als paternalistisch gelten.

Die Sinnperspektive hingegen ist in der Lage, dem für selbstverständlich gehaltenen Primat der Suizidprävention eine Rechtfertigungsgrundlage zu verschaffen. In dieser Perspektive nämlich ist die Selbsttötung nichts, was allein die suizidale Person angeht. Vielmehr betrifft die suizidale Sinn- und Lebensverneinung der einen Person auch jede andere Person. Die beabsichtigte Selbstvernichtung wäre eine Infragestellung der evaluativen und normativen Grundlagen unseres Zusammenlebens und daher von Übel, ob wir das so empfinden oder nicht.

Dass es hier nicht um unverbindliche Idiosynkrasien zart besaiteter Gemüter geht, sondern um vitale und berechnete Interessen der Rechtsgemeinschaft, wird spätestens dann deutlich, wenn wir die sinnkonstituierte Verbundenheit menschenwürde-theoretisch reformulieren. Der freiverantwortliche Suizid fällt einerseits in den Bereich höchstpersönlicher Entscheidungen, der durch den Menschenwürdegrundsatz geschützt ist, und untergräbt andererseits die axiologische Basis eben dieser Menschenwürde. Daher muss die menschenwürdebasierte Rechtsgemeinschaft daran interessiert sein, um der Menschenwürde willen Suizide nach Möglichkeit zu verhindern, so wie sie ebendiese Suizide um der Menschenwürde willen akzeptieren muss. Deshalb sind Präventionsversuche bei Personen mit freiverantwortlichen Entscheidungen gerechtfertigt, auch wenn letztendlich ihre gegebenenfalls unerschütterliche Suizidabsicht zu respektieren ist.

Zweitens: Die Sinnperspektive kann das ärztliche Recht zur Verweigerung von Suizidassistenten rechtfertigen. Auch bei diesem Punkt haben wir in der Einleitung gesehen, dass die heute vorherrschende medizinethische Position zu einer Rechtfertigung nicht in der Lage ist. Wenn der Wunsch nach Suizid selbstbestimmt ist und in einem unerträglichen Leiden wurzelt: Mit welchem Recht sollten Ärzte die Bitte um Hilfe abschlagen dürfen, zumal sie doch bereits bei weitaus harmloseren Leiden zur Hilfe verpflichtet sind?

Man könnte erwidern, dass Patientenwünsche nach einer bestimmten Behandlung auch sonst in normativer Hinsicht für das ärztliche Handeln nicht allein ausschlaggebend sind. Solche Patientenwünsche sind nur dann maßgeblich, wenn die verlangte Maßnahme erstens medizinisch indiziert und zweitens im Rahmen einer solidarisch

finanzierten Krankenversicherung vertretbar ist, also dem Prinzip der Gerechtigkeit Genüge tut. – Das ist richtig. Doch das Gerechtigkeitskriterium scheidet als Rechtfertigung des ärztlichen Verweigerungsrechts offensichtlich aus, weil die Kosten für eine Suizidassistentin zu vernachlässigen sind. Und beim Kriterium der medizinischen Indikation ist bereits fraglich, ob die Unterstützung beim Suizid überhaupt in den Bereich medizinischer Maßnahmen fällt und damit diesem Kriterium unterliegt. Doch selbst, wenn wir dies annehmen: Medizinisch indiziert ist das, was den Patienten bei vertretbaren Risiken nützt. Eine Verweigerung wegen fehlender medizinischer Indikation wäre also gleichbedeutend mit der Aussage: Ich helfe nicht beim Suizid, weil das nicht nützt. Oder: Ich helfe nicht, weil die Risiken den Nutzen überwiegen. Sofern der sterbewillige Mensch alternative Wege der Leidenslinderung kennt, für sich erwogen hat und ablehnt, wird ihm mit der ersten Aussage die persönliche Sicht des Arztes aufgedrängt, mithin ein grober Paternalismus betrieben. Die zweite Aussage ergäbe beim assistierten Suizid gar keinen Sinn, weil das »Risiko« bei fachgerechter Vorgehensweise mit dem erhofften Nutzen zusammenfällt, nämlich zu sterben.

Es dürfte allerdings kaum vorkommen, dass Ärzte die Unterstützung beim Suizid mit dem Hinweis auf eine fehlende medizinische Indikation verweigern. Wenn sie ihre Weigerung erklären, dann eher mit dem Verweis auf ihr Gewissen, also persönliche moralische Überzeugungen (vgl. Gamondi et al. 2017). Gewissensgründe werden auch in der medizinethischen Debatte als mögliche Rechtfertigung ärztlicher Verweigerung herangezogen (vgl. z. B. Borasio et al. 2020: 97; vgl. Wittwer 2020: 226; vgl. Birnbacher 2020: 168–171). Doch der Verweis auf die ärztliche Gewissensfreiheit allein hilft für diese Rechtfertigung kaum weiter. Denn diese Gewissensfreiheit reicht grundsätzlich nicht beliebig weit, sondern ist moralisch und rechtlich stets dem Patienten verpflichtet (vgl. Duttge 2014). Und insbesondere die ärztliche Verweigerung aus Gewissensgründen ist an übergeordnete Regeln gebunden. Wir würden ja auch nicht akzeptieren, wenn ein Arzt empfohlene Impfungen oder die Behandlung von Angehörigen des anderen Geschlechts unter Berufung auf sein Gewissen verweigern würde. Konsequenterweise wird ein ärztliches Recht auf Verweigerung aus Gewissensgründen in der internationalen Debatte vielfach verneint, gerade auch mit Bezug auf die Suizidassistentin (vgl. Giubilini 2014; vgl. Cholbi 2015; vgl. Schuklenk/Smalling 2017). Cholbi schreibt exemplarisch: »In denying patients such access, these conscientious objectors exploit their role as monopolists in the service of a kind of moral paternalism, i.e., they compel patients to live according to the physician's conception of the good.« (Cholbi 2015: 492) Erneut sieht sich eine heute noch übliche medizinethische Überzeugung in Fragen des assistierten Suizids dem Vorwurf des Paternalismus ausgesetzt. Das ist zwangsläufig so, wenn Suizidassistentin lediglich als Unterstützung bei der Selbstbestimmung in einer Notsituation verstanden wird.

Doch ist die ärztliche Gewissensfreiheit als Mitwirkungsverweigerungsrecht nicht an anderer Stelle durchaus rechtlich verankert und gesellschaftlich akzeptiert, nämlich zumindest beim Schwangerschaftsabbruch? Ja. (Kritisch dazu: vgl. Hillenkamp 2010.) Aber abgesehen davon, dass aktuelle Unumstrittenheit und gesetzliche Erlaubnis kein Ausweis für ethische Konsistenz sind: Erstens gilt dieses Mitwirkungsverweigerungsrecht keineswegs unter allen Umständen (vgl. §12 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz). Zweitens und vor allem geht es hier um die gezielte Tötung eines werdenden

menschlichen Lebens ohne dessen Einwilligung. Das eventuell vorhandene Lebensschutzinteresse seitens des Arztes richtet sich nicht auf die schwangere Frau, die den Eingriff wünscht, sondern auf ein anderes menschliches Wesen. Damit kommt also ein ganz anderes Prinzip als die Selbstbestimmung ins Spiel, das als Rechtfertigung der Verweigerung aus Gewissensgründen dient. Anders beim assistierten Suizid: Hier entscheidet sich eine Person selbstbestimmt für den eigenen Tod und bittet dafür um Unterstützung. Ein ärztlicherseits eventuell in Anschlag gebrachtes Lebensschutzinteresse richtet sich auf dieselbe Person, die um die Suizidassistenz ersucht – und damit unmittelbar gegen deren Selbstbestimmung. Denn hier wird nicht, wie bei der Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch, die Selbstbestimmung des einen gegen das Leben des anderen abgewogen. Vielmehr wird der sterbewilligen Person eine Lebensschutzorientierung gewissermaßen oktroyiert und damit ihr selbstbestimmter Sterbewunsch desavouiert – und dies in einer Situation größter Not. Eine ärztliche Verweigerung aus Gewissensgründen angesichts eines autonomen Suizidwunsches fällt somit zwangsläufig unter das Verdikt des Paternalismus. So stellt es sich jedenfalls im Rahmen einer ausschließlich autonomie-zentrierten Ethik des assistierten Suizids dar. Es bleibt also dabei: Eine solche Ethik hat keine Kapazitäten zur Begründung eines ärztlichen Rechts, die Mitwirkung am Suizid zu verweigern.

Die Sinnperspektive kann aus dieser begründungstheoretischen Sackgasse herausführen. Denn sie macht deutlich, dass der individuelle Suizid eine gesellschaftliche Angelegenheit und von Übel ist. Die Verneinung des Lebenssinns betrifft uns alle, weil wir allesamt auf diese axiologische Ressource angewiesen sind. Die nihilistische Geste des Suizids kratzt an den Grundlagen unserer normativen, auch rechtlichen Ordnung. Die Weigerung, an einem Suizid mitzuwirken, muss deshalb nicht eine fragwürdige Gewissensentscheidung mit paternalistischer Schlagseite sein, sondern kann Ausdruck des Bewusstseins für die sinnkonstituierte Verbundenheit sein, in der unsere normative Ordnung wurzelt. Mit anderen Worten: Die Sinnperspektive bietet die Rechtfertigungsgründe, auf die eine ärztliche Verweigerung aus Gewissensgründen angewiesen ist, um akzeptabel sein zu können.

Drittens: Die Sinnperspektive kann ein Verbot kommerzieller Suizidassistenz rechtfertigen. Wie wir gesehen haben, lässt sich die verbreitete Ablehnung kommerzieller Suizidassistenz weder mit der Kommerzialisierung an sich noch mit Gefahren für die Selbstbestimmung plausibel begründen. Hinter der Ablehnung kommerzieller Suizidassistenz scheinen vielmehr Vorstellungen von Anstößigkeit zu stehen, die heute jedoch unter dem Verdacht stehen, nicht allgemein rechtfertigbar zu sein, und daher kaum artikuliert werden. In der Sinnperspektive lässt sich eine kommerzielle Suizidassistenz tatsächlich als anstößig beurteilen, als ein moralisches Übel, aber nicht im Sinne altmodischer Sittenvorstellungen, sondern weil mit solch einer Praxis die radikale Sinnverneinung des Suizids zum Gegenstand normaler geschäftlicher Abläufe wird. Die Unterminderung der sinnkonstituierten Verbundenheit durch einen Suizid ist auch in anderen Fällen durchaus eine Zumutung für die Gesellschaft. Doch wenn ein assistierter Suizid in den geschützten Räumen einer Arzt-Patienten-Beziehung oder einer nicht-kommerziellen Sterbehilfeorganisation oder auch im privaten Rahmen erfolgt, wird dies dem Ausnahmeharakter und der evaluativen Ambivalenz des Suizids noch eher gerecht, als wenn dies Gegenstand eines gewöhnlichen Geschäftsverhältnisses ist. Das ist ein Schritt

zu viel in Richtung Normalisierung der Selbsttötung und damit der Sinnverneinung. Mit Michael Sandel kann man sagen, dass die Kommerzialisierung manche Dienstleistungen korrumpiert und entwürdigt (vgl. Sandel 2012). Eine solche Bewertung lässt sich durch Sinnperspektive plausibilisieren.

Wir sehen: In der Debatte um den assistierten Suizid spielen gewisse normative Überzeugungen eine wichtige Rolle, nicht zuletzt insofern sie auch entsprechenden rechtlichen Regelungen der Suizidassistenz zugrunde liegen. Diese normativen Überzeugungen lassen sich im üblichen medizinethischen Paradigma nicht rechtfertigen und bekommen damit einen prekären Status. Die Sinnperspektive ist in der Lage, diese Überzeugungen verständlich zu machen und zu rechtfertigen. Sie vermeidet dabei systematisch übliche normative Einseitigkeiten und wird so der Ambivalenz und dem Grenzfallcharakter des assistierten Suizids gerecht. Damit kann die Sinnperspektive auch verständlicher machen, inwiefern auf den verschiedenen Seiten des Disputs humane Motivationen stehen. Denn die Auseinandersetzung um die Suizidassistenz ist von gegenseitigen moralischen Vorwürfen geprägt: wahlweise paternalistische Kältherzigkeit gegenüber den suizidwilligen Menschen oder Rücksichtslosigkeit gegenüber jenen, die auf Zuspruch und Fürsorge angewiesen sind. Die Sinnperspektive löst diese unerspriessliche Frontstellung auf und bietet eine Grundlage für die ethische Verständigung.

Literatur

- Ach, J. S./Schöne-Seifert, B.: »Relationale Autonomie«. Eine kritische Analyse«, in: C. Wiesemann/A. Simon (Hg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, Praktische Anwendungen*, Münster: mentis 2013, S. 42–60.
- Beauchamp, T.L./Childress, J. F.: *Principles of biomedical ethics*, 8. Auflage, New York/Oxford: Oxford University Press 2019.
- Birnbacher, D.: »Warum kein Anspruch auf Suizidassistenz?«, in: *Ethik in der Medizin* 34 (2022), S. 161–176.
- Borasio, G. D./Jox, R. J./Taupitz, J./Wiesing, U.: *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer 2020.
- Bosshard, G.: »Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunde«, in: Borasio, G. D./Jox, R. J./Taupitz, J./Wiesing, U. (Hg.), *Assistierter Suizid. Der Stand der Wissenschaft mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*, Berlin/Heidelberg: Springer 2017, S. 29–40.
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020) Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, Rn. 1–343. https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, abgerufen am 3. August 2021.
- Cholbi, M.: »The right to die and the medical cartel«, in: *Ethics, Medicine, and Public Health* 1 (2015), S. 486–493.
- Conradi E./Vosman, F. (Hg.): *Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik*, Frankfurt a.M.: Campus 2016.

- Deutscher Ethikrat: Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft. Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. Ad-hoc-Empfehlung. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf> vom 18.12.2014, abgerufen am 29. Juli 2021.
- Duttge, G.: »Das Gewissen im Kontext des modernen Arztrechts«, in: F. J. Bormann/V. Wetzstein (Hg.), *Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik*, Berlin/Boston: De Gruyter 2014, S. 543–560.
- Erlangsen, A./Runeson, B./Bolton, J. M. et al.: »Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study«, in: *JAMA Psychiatry* 74 (2017), S. 456–464.
- Fischer, J.: »Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe«, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55(3) (2009), S. 243–256.
- Gamondi, C./Borasio, G. D./Oliver, P./Preston, N./Payne, S.: »Responses to assisted suicide requests: an interview study with Swiss palliative care physicians«, in: *Journal of Palliative Medicine* 23(4) (2017), S. 506–512.
- Gamondi, C.: »Relatives' experiences in assisted suicide decision-making: Overview of the literature with specific focus on the Swiss experience«, in: G. D. Borasio/R. J. Jox/J. Taupitz/U. Wiesing (Hg.), *Assistierter Suizid. Der Stand der Wissenschaft mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*, Berlin/Heidelberg: Springer 2017, S. 41–50.
- Giubilini, A.: »The paradox of conscientious objection and the anemic concept of ›conscience‹: Downplaying the role of moral integrity in health care«, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24(2) (2014), S. 159–185.
- Gutmann, T.: »Der eigene Tod – Die Selbstbestimmung des Patienten und der Schutz des Lebens in ethischer und rechtlicher Dimension«, in: *Ethik in der Medizin* 14 (2002), S. 170–185.
- Helling-Plahr, K. et al.: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe, Bundestagsdrucksache 20/2332 (2022).
- Hilgendorf, E.: »Zur Strafwürdigkeit organisierter Sterbehilfe«, in: *Juristenzeitung* 69(11) (2014), S. 545–552.
- Hillenkamp, T.: »Zum Mitwirkungsverweigerungsrecht beim Schwangerschaftsabbruch«, in: D. Dölling/B. Götting/B. D. Meier/T. Verrel (Hg.), *Verbrechen – Strafe – Resozialisierung. Festschrift für Heinz Schöch zum 70. Geburtstag am 20. August 2010*, Berlin: De Gruyter 2010, S. 511–530.
- Ikuenobe, P. A.: »The communal basis for moral dignity. An African perspective«, in: *Philosophical Papers* 45(3) (2016), S. 437–469.
- Joerden, J. C.: »Menschenwürdeschutz und Sinnstiftung«, in: A. Brockmöller/S. Kirste/U. Neumann (Hg.), *Wert und Wahrheit in der Rechtswissenschaft. Im Gedenken an Gerhard Sprenger*, Stuttgart: Franz Steiner/Nomos 2015, S. 75–84.
- Jordan, J. R.: »Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature«, in: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31 (1) (2001), S. 91–102.
- Kafka, F.: »Die Verwandlung«, in: Kafka, F., *Sämtliche Erzählungen*, Frankfurt a. M.: Fischer 1976, S. 56–99.

- Kipke, R.: »Why not Commercial Assistance for Suicide? On the Question of Argumentative Coherence of Endorsing Assisted Suicide«, in: *Bioethics* 29(7) (2015), S. 516–522.
- Kipke, R.: »Scheinneutralität. Über einen Vorschlag zur Regelung des assistierten Suizids und die Frage nach der Legitimität seines gesetzlichen Verbots«, in: O. Mitscherlich-Schönherr (Hg.), *Gelingendes Sterben. Zeitenössische Theorien im interdisziplinären Dialog*, Berlin/Boston: de Gruyter 2019, S. 299–325.
- Kipke, R.: »Die Sinntheorie der Menschenwürde. Auf dem Weg zu einem neuen und integrativen Ansatz«, in: *Zeitschrift für praktische Philosophie* 7(2) (2020), S. 91–118.
- Kipke, R.: »Inwiefern verletzt Folter die Menschenwürde? Zwei Antworten im Vergleich«, in: R. Kipke/N. Röttger/J. Wagner/A. K. von Wedelstaedt (Hg.), *ZusammenDenken. Festschrift für Ralf Stoecker*, Wiesbaden: Springer VS 2021a, S. 205–226.
- Kipke, R.: »Sinnverneinung. Warum der assistierte Suizid uns alle angeht«, in: *Ethik in der Medizin* 33 (2021b), S. 521–538.
- Kipke, R.: »Sind wir moralisch verpflichtet, eine gendergerechte Sprache zu verwenden?«, in: *Zeitschrift für Ethik und Moralphilosophie* 6 (2023), S. 59–80, doi: 10.1007/s42048-023-00137-2.
- Kirchhoffer, D. G.: »Human dignity and human enhancement. A multidimensional approach«, in: *Bioethics* 31(5) (2017), S. 375–383.
- Kittay, E. F.: *Love's labor. Essays on women, equality, and dependency*. 2. Auflage, New York: Routledge 2020.
- Klefaras, G./Psarra, E.: »Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study«, in: *Psychology* 3(4) (2012), S. 337–345.
- Künast, R. et al.: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze, Bundestagsdrucksache 20/2293 (2022).
- Landau, I.: *Finding meaning in an imperfect world*, Oxford: Oxford University Press 2017.
- Merkel, R.: Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am 23. September 2015 im Ausschuss des Bundestages für Recht und Verbraucherschutz. <https://www.bundestag.de/resource/blob/388404/ad20696aca7464874fd19e2dd93933c1/merkel-data.pdf> Zugriff: 14. Okt. 2023.
- Metz, T.: »African conceptions of human dignity. Vitality and community as the ground of human rights«, in: *Human Rights Review* 13 (2012), S. 19–37.
- Metz, T.: *Meaning in life. An analytic study*, Oxford: Oxford University Press 2015.
- Metz, T.: »The proper aim of therapy: Subjective well-being, objective goodness, or a meaningful life?«, in: P. Russo-Netzer/S. E. Schulenberg/A. Batthyany (Hg.), *Clinical perspectives on meaning. Positive and existential psychotherapy*, Cham: Springer 2016, S. 17–35.
- Miller, S. C.: »Reconsidering dignity relationally«, in: *Ethics and Social Welfare* 11(2) (2017), S. 108–121.
- Neitzke, G./Coors, M./Diemer, W./Holtappels, P./Spittler, J. F./Wördehoff, D.: »Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Arbeitsgruppe »Ethik am Lebensende« in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM)«, in: *Ethik in der Medizin* 25 (2013), S. 349–365.
- Noddings, N.: *Caring. A relational approach to ethics and moral education*, 2. Auflage, Berkeley: University of California Press 2013.

- Rehmann-Sutter, C./Hagger, L.: »Organised Assistance to Suicide in England?«, in: *Health Care Analysis* 21 (2013), S. 85–104.
- Rüther, M.: »*Meaning in Life* oder: Die Debatte um das sinnvolle Leben – Überblick über ein neues Forschungsthema in der analytischen Ethik. Teil 2: normativ-inhaltliche Fragen«, in: *Zeitschrift für philosophische Forschung* 75(2) (2021), S. 316–354.
- Sandel, M. J.: *What Money Can't Buy*, New York: Farrar, Straus and Giroux 2012.
- Scheffler, S.: *Der Tod und das Leben danach*, Berlin: Suhrkamp 2015.
- Schnell, T.: *Psychologie des Lebenssinns*, Berlin/Heidelberg: Springer 2016.
- Schnell, T./Gerstner, R./Krampe, H.: »Crisis of meaning predicts suicidality in youth independently of depression«, in: *Crisis* 39 (2018), S. 294–303.
- Schöne-Seifert, B.: »Ist ärztliche Suizidbeihilfe ethisch verantwortbar?«, in: F. Petermann (Hg.), *Sterbehilfe. Grundsätzliche und praktische Fragen: Ein interdisziplinärer Diskurs*, St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis 2006, S. 45–67.
- Schuklenk, U./Smalling, R.: »Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies«, in: *Journal of Medical Ethics* 43 (2017), S. 234–240.
- Tal Young, I./Iglewicz, A./Glorioso, D./Lanouette, N./Seay, K./Ilapakurti, M./Zisook, S.: »Suicide bereavement and complicated grief. Dialogues«, in: *Clinical neuroscience* 14(2) (2012), S. 177–186.
- Van Orden, K. A./Wiktorsson, S./Duberstein, P./Berg, A. I./Fässberg, M. M./Waern, M.: »Reasons for attempted suicide in later life«, in: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 23(5) (2015), S. 536–544.
- Wiesing, U.: »Kommentar zum Gesetz über die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aus ethischer Sicht«, in: G. D. Borasio/R. J. Jox/J. Taupitz/U. Wiesing (Hg.), *Assistierter Suizid. Der Stand der Wissenschaft mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz*, Berlin/Heidelberg: Springer 2017, S. 143–146.
- Wittwer, H.: *Das Leben beenden. Über die Ethik der Selbsttötung*, Paderborn: mentis 2020.
- Wolf, S.: *Meaning in life and why it matters*, Princeton: Princeton University Press 2010.
- Wolfsdorf, M./Etzsdorfer, E.: *Suizid und Suizidprävention. Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis. 2., erw. und überarb. Auflage*, Stuttgart: Kohlhammer 2023.

Teil V: Ambivalenzen und Ambiguitäten

Erfahrungsbericht aus ärztlicher Sicht zum praktischen Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid in der Klinik

In meinem Arbeitsalltag als in der Klinik tätige Internistin sind mir über die Jahre viele Situationen begegnet, die mich an der Fähigkeit des Gesundheitssystems, Todeswünschen am Lebensende angemessen zu begegnen, zweifeln ließen. Besonders eindrücklich erinnere ich mich an einen Patienten mit metastasiertem Tumorleiden im Endstadium, der auf Veranlassung seiner Ehefrau infolge der zu Hause überfordernden Pflegesituation stationär aufgenommen worden war. Als Stationsärztin kam mir eigentlich kein »medizinischer« Auftrag zu, Schmerzen und Übelkeit waren gut beherrschbar, weitere Diagnostik angesichts der hochpalliativen Gesamtsituation nicht mehr sinnvoll. Somit bestand meine Hauptaufgabe in der Vermittlung eines Ortes, wo der Patient, dessen zeitnahes Ableben bevorstand, würdevoll sterben konnte. Sämtliche Palliativstationen und Hospize der Stadt waren, wie so oft, vollständig ausgelastet. Die hastige Verlegung in ein Pflegeheim erschien in Anbetracht der Kürze der verbleibenden Zeit unter organisatorischen Aspekten wie auch auf zwischenmenschlicher Ebene fragwürdig (wenngleich es sich hierbei um ein übliches, mit entsprechendem Druck seitens Klinikleitungsebene und Medizincontrolling umgesetztes Prozedere handelt).

Die Unterstützung durch ein ambulantes Palliativteam in der Häuslichkeit war in diesem Fall auch nicht realisierbar, da dies von der sichtbar überlasteten Ehefrau des Patienten abgelehnt wurde. Sie nahm meine Zeit und Aufmerksamkeit hinter verschlossenen Türen mehr in Anspruch als der Patient selbst und flehte mich an, ihn nicht nach Hause zurückzuschicken (was angesichts des Entlassungsdrucks im Kliniksetting eine durchaus realitätsnahe Sorge darstellte). Sie erzählte mir, dass sie ihren Mann nicht mehr ertragen könne, zu lange habe sie ihn schon gepflegt, sie werde selbst krank. Ihre Ablehnung blieb letztendlich auch dem Patienten nicht verborgen. Dieser erwiderte bald auf meine Frage bei der Visite, was ich abgesehen vom Organisatorischen für ihn tun könnte, dass er nur »die Spritze« als Hilfe empfinden würde. Jene stehe ihm zu, da er angesichts seiner körperlichen Schwäche nicht mehr in der Lage sei, aus dem Fenster zu springen oder sich zu erhängen. Sein Herbeisehnen des Todes war leicht einfühlbar, die subjektive Unerträglichkeit seines Leidens war ihm anzusehen und die Tatsache, wie offen er die Zurückweisung seiner Partnerin zu spüren bekam, war erschütternd. Ungeachtet, welche persönlichen beziehungsweise Ehekonflikte dahinterstanden, war ihre Überforderung ebenfalls gut verständlich.

Ich erzählte, ursprünglich zu meiner eigenen Entlastung, meiner damaligen Oberärztin von dieser Situation. Völlig unerwartet für mich veranlasste sie daraufhin eine Unterbringung des Patienten auf der geschlossenen Psychiatrie. Es war entwürdigend, wie er in der so kurzen ihm noch verbleibenden Zeit eingesperrt wurde. Wenige Tage später wurde er allerdings zurück auf meine Station verlegt, nachdem die Kolleg*innen der Psychiatrie die Abwegigkeit der geschlossenen Unterbringung deutlich gemacht hatten, und glücklicherweise gelang schließlich wider Erwarten seine Verlegung in ein Hospiz. Dennoch eine tragische Geschichte: Der Patient war in den letzten Tagen seines Lebens

bei vollem Besitz seiner geistigen Kräfte Objekt der rigiden Formalitäten eines medizinischen Systems geworden, das sich unter Berufung auf eine falsch verstandene Fürsorgepflicht aus der ethischen Verantwortung zieht.

Dennoch frage ich mich bis heute: Wäre man dem Patienten mit einer Suizidbegleitung im stationären Aufenthalt gerecht geworden? Vielleicht hätte man schon durch die Existenz dieses Angebots die angespannte Situation entlasten und den Patienten auf diese Weise in seinen letzten Tagen von den Konflikten mit seiner Partnerin abschirmen können, oder aber die Frau hätte unter der Voraussetzung einer durch den geplanten Suizid zeitlich absehbaren Versorgung zu Hause womöglich sogar einer Entlassung mit ambulanter Palliativversorgung und Sterbebegleitung zugestimmt. Gleichwohl bliebe der Eindruck einer Suizidentscheidung zurück, deren Entstehungskontext zutiefst mit wirtschaftlichen und sozialen Pressionen verwoben wäre, welche ebenso unverkennbare Realität wie autonomiegefährdende Einflüsse darstellen: Überforderte, allein gelassene Angehörige und ein von ökonomischen Interessen getriebenes Gesundheitssystem, das nicht in der Lage ist, einem todgeweihten Patienten den zeitlichen und räumlichen Rahmen zur Verfügung zu stellen, sich frei zu entscheiden, ob er seinen Tod selbstbestimmt vorziehen oder ihn in der Gewissheit um eine würdevolle Versorgung am Lebensende abwarten möchte.

»Nicht lebensmüde, aber lebenssatt.«

Buchbesprechung zu Ueli Oswald: *Ausgang. Das letzte Jahr mit meinem Vater*

Christoph Rehmann-Sutter

Ausgang. Das letzte Jahr mit meinem Vater ist keine »Chronik eines angekündigten Todes«, obwohl der Tod tatsächlich angekündigt war. Der entscheidende Unterschied zur berühmten Erzählung von Gabriel García Márquez besteht darin, dass in *Ausgang* die Ankündigung von Ueli Oswalds Vater selbst ausging. Er beschloss zu sterben. Es werden nicht die Ereignisse geschildert, die dazu führten, dass ihn ein gewaltsamer Tod ereilte. Es wird auch nicht das Rätsel endgültig gelöst, das sein Beschluss für immer hinterlässt, selbst wenn man am Ende vieles verstehen kann. Es wird vielmehr von Szenen einer Auseinandersetzung berichtet, in die der Sohn unweigerlich hineingezogen wurde, seit sein Vater eines Tages deutlich wurde – und verkündete, er werde seinem Leben bald ein Ende setzen. Der Text spricht konsequent aus der Subjektperspektive des Sohnes, der vom Beschluss seines Vaters mitbetroffen ist.

Die Spannung, in die wir als Leser*innen versetzt werden, besteht in der Frage: Könnten wir diesen Wunsch nach Beihilfe zum Suizid des fast 91-jährigen Vaters, der nicht an einer Krankheit unerträglich leidet, verstehen, wenn er den Wunsch damit begründet, er sei »...lebenssatt. Nicht lebensmüde, aber lebenssatt.« (Oswald 2009: 7)? Was heißt das? Wären wir mit so etwas einverstanden? Und was bedeutete es, einverstanden zu sein?

Könnten wir es vielleicht verstehen, wären aber dennoch nicht einverstanden? Woher kommt denn diese Erwartung, dass Tochter oder Sohn mit dem geplanten assistierten Suizid einverstanden sein müssen? Sollen sie es sogar noch gut oder richtig finden müssen, dass ihr Vater stirbt?

Unwillkürlich urteilen wir bei solchen Fragen, und zwar völlig zu Recht. Wie es die Philosophin Mary Midgley ausdrückte: »weil wir die anderen Menschen ernst nehmen« (Midgley 1984: 51). Wenn sie uns nicht gleichgültig sind, befragen und beurteilen wir ihr Tun, wie wir unsere eigenen Taten moralisch beurteilen. Aber das heißt nicht, die anderen zu verurteilen oder sie gar für etwas zu bestrafen, was sie falsch machten. Es heißt vielmehr, wie Midgley sagt, zu lernen, indem wir einen Erfahrungsschatz an beurteil-

ten Situationen und Fällen anlegen, der sich für uns zu einer Art moralischer Landkarte verdichtet, die uns hilft, in neuen Situationen das Richtige zu finden.

Eines der Dilemmata, von denen Oswald berichtet, besteht darin, dass er von Anfang an ahnte, sogar wusste, dass sein Vater seinen Entschluss nicht von seinem Einverständnis als Sohn abhängig machte. »Wie ich dich kenne, wirst du dich nicht abhalten lassen.« (Oswald 2009: 7) Was hängt dann aber überhaupt noch davon ab, ob er einverstanden sein kann oder nicht? Sein Einverständnis oder sein Widerspruch veränderte absehbar nicht den Handlungsverlauf zum Tod, aber es veränderte in ganz wesentlicher Weise die Beziehung zu seinem Vater. Es verändert die Beziehung zu jemandem, wenn wir verstehen können, oder wenn wir einen Entschluss – diesen Entschluss – verurteilen. Der Sohn hätte dazu auch nicht den Vater als Person verurteilen müssen. Das stand gar nicht in Frage, es ging nur um diesen Entschluss.

Der Vater Heinrich Oswald war eine in der Öffentlichkeit bekannte Persönlichkeit: Generaldirektor einer großen Lebensmittelfirma, hoher Offizier in der Schweizer Armee, 1970 führender Kopf einer bedeutenden Armeereform (»Oswald-Reform«), Autor von zehn Büchern zu Fragen der Unternehmensführung. Ein Mann, der sich auf der Kommandobrücke am wohlsten fühlte. Wie Ueli Oswald in einem Artikel nach dem Erscheinen des Buches im Rückblick sagte, traf sein Vater seine Entscheidung »nicht von heute auf morgen, sondern in einem monatelangen Prozess – im Ringen mit sich selbst, in langen Gesprächen mit Vertrauten und Auseinandersetzungen mit Eingeweihten« (Oswald, 2010). Er ist also in seiner Entscheidung nicht allein geblieben, er suchte viele Gespräche und Auseinandersetzungen, auch wenn er – oder gerade weil er seinen Entschluss sehr selbstbestimmt treffen wollte. Selbstbestimmt entscheiden heißt nicht, einsam zu entscheiden. Vielleicht hatte aber die Wahl seines Weges, nämlich der assistierte Suizid mit einer Sterbehilfeorganisation, viel mit dem Charakter des Vaters Heinrich zu tun: Er wollte nicht warten, bis der Tod zu ihm kam, »mein Vater beschloss, dem Tod entgegenzutreten« (ebd.). Der begleitete Suizid ermöglicht ein Maximum an Kontrolle über den Tod. Man kann nicht nur bestimmen, dass, sondern auch wann er stattfinden soll, an welchem Ort, im Kreis welcher Menschen. Man kann es vorher allen erklären, und man kann von den Liebsten Abschied nehmen.

Im Kontext der Suizidhilfe stellt sich für die Angehörigen eine Frage, die sich bei einem plötzlichen oder ungeplanten Tod so nicht stellt: Wer soll dabei sein? Wer wird den Mut haben, dabei zu sein? Wer hat das Recht dazu? Es ist ja vereinbart, wann die Begleitung stattfinden wird. Ueli überlegt: »Wenn Vater meine Nähe wünscht, werde ich den Weg mit ihm zu Ende gehen. Davor will ich mich nicht drücken.« (Oswald 2009: 73) Aber wird es sein Bruder auch aushalten können? Nach dem Versterben seines Vaters berichtet er von einer Einsicht, die ich für bemerkenswert halte: »Spätestens jetzt ist auch meine Frage geklärt, wer ein Recht hat, beim Sterben dabei zu sein: Wer dem Sterbenden im Angesicht des Todes Wärme und Zuneigung geben kann. Das soll das Maß sein.« (ebd.: 97f.) – Die Entscheidung, wer dabei ist, aus welchen Gründen und mit welcher Berechtigung, ist eine der ethischen Herausforderungen für die nahen Angehörigen bei einem assistierten Suizid. Die Antwort, die Ueli Oswald ex post factum, nach diesem speziellen Tod seines Vaters, als einzige noch für überzeugend halten kann, hat nichts mehr damit zu tun, wer des Vaters Entscheidung unterstützt, wer dazu verpflichtet ist, bestimmte Dinge zu tun und deshalb dabei zu sein, oder wer dazu die Stärke hat. Das

Kriterium ist vielmehr, wer in der Lage ist, dem Sterbenden im Angesicht des Todes und des kommenden Verlustes Wärme und Zuneigung zu geben. Darunter liegt die Einsicht, dass Sterbende am Ende von den begleitenden An- oder Zugehörigen etwas brauchen. Sie sind bedürftig und darin in einer besonderen Weise verletzlich, gerade in diesen letzten Momenten ihres Leben (vgl. Rehmann-Sutter 2022).

Technisch war es ein Suizid, auch juristisch. Die zum Tod führende Handlung, in diesem Fall das Austrinken des Glases mit dem Sterbemedikament Natrium-Pentobarbital, lag in der Kontrolle des Sterbewilligen selbst. Die tödliche Flüssigkeit wurde ihm nicht eingeflößt oder eingespritzt. Er hat sie sich selbst willkürlich einverleibt, und er wusste, was er tat. Dies wurde auch bei einer rechtsmedizinischen Untersuchung nach dem Todesfall bestätigt. Der Sinn der Handlungsfolge »assistierter Suizid« kann aber sowohl aus Betroffenen- als auch aus Angehörigen- mit dem Element »Suizid« nicht zutreffend bestimmt werden. Dass der assistierte Suizid gewählt wurde, hat damit zu tun, dass dies in der Schweiz eine anerkannte und legale Möglichkeit des selbstbestimmten, schmerzfreien und sicheren Sterbens ist. Heinrich Oswald wollte sich nicht »umbringen«. Er wollte, dass sein Leben zu Ende ging, von dem er fand, dass es jetzt zum Ende kommen sollte, weil er davon erfüllt war und satt. Der Sinn der Handlung ist deshalb nicht die Selbstvernichtung, sondern das Abschiednehmen und das Gehen. Die Menschen, die helfen, eröffnen und bereiten den Sterbenden einen Ausgang, den sie selbst beschreiten können. Dass der Akt technisch ein Suizid ist, muss nicht nur als Erfüllung einer rechtlichen Anforderung zur legalen Sterbehilfe, sondern als Ausdruck des freien Willens gesehen werden.

Aus der Sicht der Angehörigen, die Sterbewillige begleiten, und auch für die Sterbewilligen selbst, die diesen legalen Weg wählen und dafür die Unterstützung einer Sterbehilfeorganisation suchen, geht es um sehr viel mehr. Die zum Tod führende Handlung und die Organisation der Umstände (das Setting am Sterbeort, die unterstützenden Handlungen etc.) sind nur Elemente in einem größeren Prozess des Abschieds und der Auseinandersetzung mit dem angekündigten Weggang und dem Wunsch zu gehen. Diese erweiterten Ermöglichungshandlungen können erschwerend oder erleichternd sein. Sie müssen aber aus der Angehörigenperspektive auch zur Hilfe zählen. Sie ermöglichen nämlich die Begleitung des Sterbeaktes, die dann die Sterbehilfeorganisation übernimmt. Sie füllen eine viel längere Zeit aus und sie sind durch den Tod auch nicht zu einem Ende gekommen. Alle Beteiligten stehen vor der Herausforderung, die Sterbewilligen und sich selbst ernst zu nehmen – in einem als tief ambivalent erlebten Abschiedsprozess. Die Frage drängt sich deshalb auf, auch für den in diesem Buch erzählenden Sohn, wer eigentlich der Helfer oder die Helferin ist. Selbstverständlich gibt es den Helfer, der das Mittel bereitstellt und die Prozedur organisiert, als *conditio sine qua non* des sicheren, legalen und schmerzlosen Suizids möglichst im Einverständnis mit den Angehörigen. Aber damit diese ihre Handlungen ausführen können, muss vorher und nachher durch die Angehörigen vieles mehr getan und geklärt werden, das sich nicht an die Organisation delegieren lässt. Obwohl der assistierte Suizid durch die Mitarbeitenden der Organisation betreut wird, sind nicht nur sie die Helfenden, die es braucht, um auf diesem Weg entschlossen aus dem Leben zu scheiden. Die Ambivalenz, die erlebt wird, entsteht aus der Endgültigkeit des Abschieds, der genommen werden muss. In diesem Verlauf muss für alle Beteiligten die Selbstverständlichkeit aufbrechen, dass

Leben immer sinnvoll sei, dass es immer besser sei weiterzuleben als zu sterben. Dieser Sinn und der Sinnverlust ist tatsächlich, wie es Roland Kipke in diesem Band ausführt, eine intersubjektive Erfahrung. Der Sinn ist nicht nur im Kopf der*des Sterbenden beheimatet. Die Frage nach dem Sinn des Weiterlebens lässt sich nicht nur damit beantworten, was in diesem Gemüt vor sich geht, sie betrifft die anderen mit. Es wird auch ihr Sinn aufgebrochen, nämlich der Sinn, von dem sie in ihrer eigenen Lebenszuversicht zehren. Dieses Brechen von Sinnzuversicht gehört zur Ambivalenzerfahrung der Sterbebegleitung hinzu.

Was in diesem höchst lesenswerten Buch verhandelt wird, entzündet sich an der Begründung des Sterbewunsches nicht durch unerträgliches Leiden, sondern durch Lebensattheit, wie auch in Ferdinand von Schirachs Stück *Gott*.¹ Es behandelt die Erweiterung der für die Hilfe zum Suizid in Betracht kommenden Motive, die in der Schweiz unter dem Titel »Altersfreitod« diskutiert wird (vgl. Wiler/Schafroth, 2020). Aber im Unterschied zu Schirach wird hier nicht ein Sterbewunsch in Szene gesetzt, um zu diskutieren, ob es zulässig sein soll, unter diesen oder ähnlichen Umständen Suizidhilfe zu leisten. Es geht Oswald überhaupt nicht um Zulässigkeit, sondern um die sehr persönlichen Fragen, die sich in der Auseinandersetzung mit dem väterlichen Vorhaben stellen, aus Lebensattheit seinem Leben ein Ende zu setzen.

Was darf der Vater dabei vom Sohn erwarten? Dass er ihm das ok erteilt, quasi die Absolution? Dass er ihn versteht und seinen Entschluss achtet? Oder gar dass er in seiner Beurteilung zum gleichen Schluss kommt? – Letzteres wäre gewiss zu viel erwartet. Der Sohn muss es nicht gut finden, dass sein Vater stirbt. Es geht nicht darum, ob die Söhne moralische Vorbehalte haben: »Ethische Bedenken können wir beide nicht ins Feld führen, wir anerkennen Vaters Recht auf eine freie Entscheidung.« (Oswald 2009: 73) Die Söhne müssen den Vater mindestens ein Stück weit verstehen, damit sie ihre Zuneigung ohne Vorbehalt schenken können. Sie müssen ihm aber vor allem beistehen, bis zum Schluss, in einem Verlauf, der letztlich Fragen unbeantwortet lässt.

Literatur

- Márquez, Gabriel García: Chronik eines angekündigten Todes, Köln: Kiepenheuer & Witsch 1981.
- Midgley, Mary: *Wickedness*, London: Routledge 1984.
- Oswald, Ueli: Ausgang. Das letzte Jahr mit meinem Vater, Zürich: Epoca 2009.
- Oswald, Ueli: »Ein veröffentlichter Tod«, in: NZZ Folio vom Januar 2010.
- Rehmann-Sutter, Christoph: »Sind wir verletzbar durch den Tod?«, in: Michael Coors (Hg.), *Moralische Dimensionen der Verletzlichkeit des Menschen*, Berlin: De Gruyter 2022, S. 229–248, <https://doi.org/10.1515/9783110734522-011>.
- Schirach, Ferdinand von: *Gott*, München: Luchterhand 2020.
- Wiler, Jürg/Schafroth, Marion: »Den Altersfreitod nicht totschweigen«, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 101(5) (2020), S. 137–138.

1 Vgl. dazu den Kommentar von Mario Kropf und Daniel Lucas in diesem Band.

Patientenmorde im Nationalsozialismus als Argument im Diskurs um (ärztlich) assistierten Suizid in Deutschland

Matthis Krischel

1. Einleitung

Durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Februar 2020 ist die Debatte um die »Sterbehilfe« in Deutschland erneut in Gang geraten. Auch wenn es in der aktuellen Diskussion primär um den assistierten Suizid geht und nicht um die Tötung auf Verlangen, die im internationalen Kontext häufig mit dem Terminus »Euthanasie« bezeichnet wird, spielen im deutschen bioethischen Diskurs bis heute die Medizinverbrechen des Nationalsozialismus eine wichtige Rolle.

»Das Wort ›Euthanasie‹«, schreiben die Medizinethiker Andreas Frewer und Clemens Eickhoff in der Einleitung zu einem im Jahr 2000 erschienenen Band, »kann in Deutschland ganz offensichtlich nicht mehr von der Assoziation mit den Krankenmorden im Nationalsozialismus gelöst werden« (Frewer/Eickhoff 2000:13). Ausgehend von diesem Befund werden in diesem Beitrag Fragen nach dem Wert historischer Argumente im Kontext der Debatte um den (ärztlich) assistierten Suizid diskutiert (vgl. Leven 1998; vgl. Guckes 1997; vgl. Rubenfeld/Sulmasy 2020; vgl. Hohendorf 2016; vgl. Hohendorf 2011; vgl. Wunder 2014).

Im Anschluss an diese Einleitung (1) soll der Diskurs um (ärztlich) assistierten Suizid in Deutschland vom Ende des 19. Jahrhunderts bis vor 1933 rekonstruiert werden (2). Danach wird knapp die Geschichte der Patientenmorde im Nationalsozialismus mit ihren drei Phasen der Kinder-«Euthanasie«, der »Aktion T4« und der dezentralen Tötungen beschrieben (3). In einem historiographischen und metaethischen Abschnitt werden das Argument der schiefen Ebene (»slippery slope«) und das »Spielen der Nazi-Karte« in bioethischen Diskursen beleuchtet (4). Danach wird die Praxis des Einsatzes dieser Argumente in der ärztlich-berufspolitischen Praxis exemplarisch an einigen Beiträgen aus dem Deutschen Ärzteblatt nachvollzogen (5), bevor abschließend einige Punkte zur Frage, was wir aus der Geschichte lernen können, hervorgehoben werden (6).

2. Vorgeschichte im Kaiserreich und in der Weimarer Republik

2.1 Adolf Jost: Das Recht auf den Tod

Die Frage nach dem »guten Tod« wird seit der Antike in Gesellschaft und Medizin diskutiert (vgl. Benzenhöfer 1999). In Deutschland geht die Diskussion um ein »Recht auf den Tod« auf eine erstmals 1895 veröffentlichte Schrift Adolf Josts (1874–1908) zurück, der zu diesem Zeitpunkt in Göttingen Philosophie, Mathematik und Physik studierte. In dem Buch geht es dem Autor zufolge »[i]n erster Linie [um] das Problem der körperlich und geistig unheilbar Kranken« und die Frage, ob es Fälle gebe, »in denen der Tod eines Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswert« sei (Jost 1895: 1). Jost schreibt:

»Der Wert eines Menschenlebens kann, einer rein natürlichen Betrachtungsweise nach, sich nur aus zwei Factoren zusammensetzen. Der erste Factor ist der Werth des Lebens für den betreffenden Menschen selbst, also die Summe von Freude und Schmerz, die er zu erleben hat. Der zweite Factor ist die Summe von Nutzen oder Schaden, die das Individuum für seine Mitmenschen darstellt. Die Fragestellung für das Recht auf den Tod ist jetzt identisch mit der Frage: »Gibt es Fälle, in welchen beide Factoren negativ werden?« (Ebd.: 13)

Wenn es solche Fälle gibt, schlussfolgert er, »dann müssen wir alle, nicht bloss aus Mitleid, sondern auch aus Egoismus das Recht auf den Tod anerkennen, dann giebt es auch ein solches Recht [...]« (ebd.: 13f.). Hier benennt Jost mit Mitleid und Egoismus (einige Seiten später: »Egoismus der Gesellschaft«) die beiden Gründe, welche er für das Töten identifiziert. Zum Schaden, den ein unheilbar kranker Mensch der Gesellschaft zufügt, zählt Jost nicht nur den Ressourcenverbrauch etwa an »Nahrung und Arzneien« sowie den Pflegeaufwand, sondern auch die Belastung für dessen Umfeld.

Jost strebt die Etablierung einer »Möglichkeit zur gesetzlichen Tödtung unheilbar Kranker« an (ebd.: 39). Hierfür hält er es (zunächst) für zielführend, »die Erlaubtheit der Tödtung einerseits von der Diagnose eines oder einiger Ärzte abhängig zu machen [der oder die die Krankheit nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft als unheilbar einschätzen], andererseits von der Zustimmung des Patienten selbst«. Beides solle »vor einer amtlichen Person zum Ausdruck gelangen, um rechtskräftige Bedeutung zu haben« (ebd.: 40). Die Patientenautonomie spielt an dieser Stelle also durchaus (noch) eine Rolle:

»Anerkennung des Todesrechts bei Geisteskranken [würde] erst in zweiter Linie in Betracht kommen, da hier naturgemäß die Zustimmung des Patienten zur Tödtung fehlen müßte, und dieser Umstand wenigstens zu Beginn der Reform, dieser leicht hinderlich sein könnte.« (Ebd.: 47)

Aus diesen Einlassungen wird jedoch klar, dass Jost die Einwilligung der erkrankten Person in ihre Tötung nur als Zugeständnis ansieht, welches seiner »Reform« breitere Zu-

stimmung sichern sollte; zumindest für nicht einwilligungsfähige »Geisteskranke« kann er sich offensichtlich eine »gesetzliche Tötung« ohne ihre Zustimmung vorstellen.

Der Medizinhistoriker Udo Benzenhöfer hat darauf hingewiesen, dass Josts Schrift sowohl in Fachkreisen als auch in der Tagespresse diskutiert wurde. Auch auf Binding und Hoche hatte sie Einfluss (vgl. Benzenhöfer 1999: 95).

2.2 Karl Binding und Alfred Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens

Im Jahr 1920, unter dem Eindruck des von Deutschland verlorenen Ersten Weltkrieges sowie des materiellen Mangels der unmittelbaren Nachkriegszeit, legten der Jurist Karl Binding (1841–1920) und der Psychiater Alfred Hoche (1865–1943) ihre Schrift »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form« vor (Binding/Hoche 1920). Während Binding, der bis zu seiner Emeritierung 1913 Professor für Strafrecht in Leipzig gewesen war, die juristische Dimension der Frage darstellte, widmete sich Hoche, der seit 1902 Professor und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg war, der ärztlichen Dimension des Themenkomplexes. Beide Teile der Schrift fallen durch Radikalität in der Begriffswahl auf, besonders wirkmächtig sollten Kampfbegriffe wie »leere Menschenhülsen« und »Ballastexistenzen« werden.

Binding argumentiert, dass sowohl die Suizidbeihilfe als auch die Tötung auf Verlangen als »straffreie Erlösungstat« verstanden werden sollten, wenn sie bestimmte Gruppen von Personen betreffe, etwa diejenigen, die dies bei schwerer Krankheit (mutmaßlich) wünschten, sowie die »unheilbar Blödsinnigen«.

Auch im zweiten Teil des Buches, den von Alfred Hoche verfassten »Ärztliche[n] Bemerkungen«, spricht dieser sich deutlich für die »Euthanasie« aus. Insbesondere kommen dabei für ihn die »Frühverblödungen« in Frage, weil »deren Existenz am schwersten auf der Allgemeinheit lastet« (ebd.: 53).

Hoche stellt die Pflege von dauerhaft schwer kranken Personen in Frage:

»Die Anstalten, die der Idiotenpflege dienen, werden anderen Zwecken entzogen; [...] es ist eine peinliche Vorstellung, daß ganze Generationen von Pflegern neben diesen leeren Menschenhülsen dahinaltern, von denen nicht wenige 70 Jahre und älter werden.« (Ebd.: 55)

Der Autor bemüht hier vor allem ein ökonomisches Argument, welches er im Anschluss noch einmal unterstreicht:

»Die Frage, ob der für diese Kategorien von Ballastexistenzen notwendige Aufwand nach allen Richtungen hin gerechtfertigt sei, war in den verflossenen Zeiten des Wohlstandes nicht dringend; jetzt ist es anders geworden, und wir müssen uns ernstlich mit ihr beschäftigen.« (Ebd.)

Die Schrift von Binding und Hoche wurde nach ihrem Erscheinen in Deutschland kontrovers diskutiert. Obwohl sich auch einige Stimmen für die »Euthanasie« aussprachen, war die große Mehrheit sowohl der Jurist*innen als auch der Mediziner*innen zu Be-

ginn der 1920er Jahre doch deutlich dagegen. Auch der Deutsche Ärztetag lehnte 1921 in Karlsruhe einen »Antrag zur ›gesetzlichen Freigabe‹ der ›Vernichtung lebensunwerten Lebens‹ nahezu einstimmig« ab (Benzenhöfer 1999: 107).

3. Patientenmorde im Nationalsozialismus

Während andere biopolitische Maßnahmen der 1933 gewählten nationalsozialistischen Regierung bereits im Jahr der Machtübernahme begannen – darunter der Beschluss des »Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« und die rassistisch und politisch motivierte Entlassung von Personen aus dem öffentlichen Dienst im Rahmen des »Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums« – wurden die Patientenmorde erst 1939 angestoßen. Dabei sollten sie, im Gegensatz zu den anderen Maßnahmen, die in Rechtsform gegossen und offen durchgeführt wurden, geheim bleiben.

Die Patientenmorde können in drei Phasen eingeteilt werden: die »Kindereuthanasie« ab 1939, die »Aktion T4« in den Jahren 1940/1941 und die dezentralen Patientenmorde ab dem Stopp der »Aktion T4« im August 1941 (vgl. Fangerau/Noack 2006: 237ff.). Innerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches von 1933 fielen den Morden ca. 200.000 Menschen zum Opfer, unter Einbezug der Patientenmorde in den von Deutschland besetzten Gebieten und den Morden an KZ-Häftlingen in den »Euthanasie«-Tötungsanstalten erhöht sich die Zahl auf fast 300.000 (vgl. Schmuhl 2011: 214).

Bereits im August 1939 führte das Reichsinnenministerium eine Meldepflicht für Neugeborene und Kleinkinder mit Behinderungen ein.

Auslöser der »Kindereuthanasie« war ein Brief, in dem die Familie eines Kleinkindes mit einer schweren Behinderung den Leipziger Professor für Kinderheilkunde Werner Catel (1894–1981) um die Tötung des Kindes gebeten hatte. Dieser wiederum hatte sich in der Folge an die Kanzlei des Führers gewandt, welche in einem auf den 1. September 1939 – den Tag des Kriegsbeginns – zurückdatierten Brief »die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte« so erweitern wollte, »dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann« (Hitler 1939). In der Folge wurden im Deutschen Reich mindestens 31 »Kinderfachabteilungen« (Tötungsabteilungen) in Heil- und Pflegeanstalten eingerichtet, in denen bis Kriegsende ca. 5.000 bis 10.000 Kinder ermordet wurden (vgl. Schmuhl 2011: 220ff.).

Die Haltung der Eltern umfasste ein breites Spektrum und reichte »von grundsätzlicher Ablehnung der ›Euthanasie‹ (insbesondere im katholischen Milieu und im ländlichen Raum) und aktiven Rettungsversuchen [...] bis hin zur ausdrücklichen Befürwortung, ja offenen Einforderung der Kindstötung« (ebd.: 222). Die Morde erfolgten heimlich, in der Regel durch Überdosierung von Beruhigungsmitteln oder Nahrungsmittelentzug.

Ebenfalls im Sommer 1939 begann die Planung der zentralen Erwachsenen-»Euthanasie«, die unter dem Tarnnamen »Aktion T4« – benannt nach der Adresse des Gebäudes in der Tiergartenstraße 4 in Berlin, in dem die Aktion geplant wurde – bekannt geworden ist. Ab Oktober 1939 wurden dazu vom Reichsinnenministerium Erfassungsbögen an die Heil- und Pflegeanstalten versandt, in welchen unter anderem die Art der Krankheit, die

Dauer des Anstaltsaufenthalts und die Arbeitsfähigkeit der Patient*innen beschrieben werden sollte. Über den Zweck der Erfassung ließ man die Anstaltsdirektor*innen zunächst im Unklaren (vgl. Aly 1989: 11ff.).

Zum ärztlichen Leiter wurde der Würzburger Professor für Psychiatrie und Neurologie Werner Heyde (1902–1964) ernannt, der in der Folge mehr als 40 Ärzte – in der Regel Psychiater und Neurologen – als Gutachter gewann.

Die Patient*innen wurden aus den Heil- und Pflegeanstalten, ab 1941 oft über Zwischenanstalten, in eine von sechs zentralen Tötungsanstalten gebracht. Diese befanden sich in möglichst abgelegenen Heil- und Pflegeanstalten, um die »geheime Reichssache« so gut wie möglich verborgen zu halten. Dort angekommen, wurden die Patient*innen in großen Gruppen in als Duschräume getarnten Gaskammern mit Kohlenmonoxid ermordet, wobei das Öffnen des Gashahns eine ärztliche Aufgabe war. Die Leichen wurden vor Ort in Krematorien verbrannt (vgl. Wienau 1993: 168ff.).

Die Geheimhaltung der zentralen Patientenmorde gelang nicht. Im Gegensatz zu den meisten anderen biopolitischen Maßnahmen des Nationalsozialismus regte sich gegen die »Aktion T4« Widerstand. Einzelne als Gutachter*innen angefragte Ärzt*innen, zum Beispiel der Göttinger Professor für Psychiatrie Gottfried Ewald, lehnten eine Mitarbeit ab und protestierten gegen die geplanten Morde (vgl. Stobäus 2000). Als sie 1940 einer größeren Öffentlichkeit bekannt wurden, spielten die Kirchen eine wichtige Rolle als Keimzellen der Opposition, »anders als später im Holocaust« (Fangerau/Noack 2006: 240).

In einer Predigt, die er am 3. August 1941 in der Kirche St. Lamberti in Münster hielt, benannte und kritisierte Clemens August Graf von Galen (1878–1946), der Bischof vom Münster, die Patientenmorde offen (Galen 1941). Er berichtete, er habe die Morde betreffend bei Staatsanwaltschaft und Polizei Anzeige erstattet und sprach sich gegen die Tötung von »unproduktiven« Menschen aus. Er formulierte die Angst, dass später auch weiteren Personen das Lebensrecht aberkannt werden könnte (vgl. Galen 1941).

Hiermit nahm Graf von Galen Argumente auf, die bereits in der Bevölkerung kursierten, denn seit Anfang 1941 hatten britische Radiosendungen und Flugblätter die Krankenmorde öffentlich gemacht und gleichzeitig kommuniziert, dass auch »nicht mehr arbeitsfähige Kriegsverletzte und alte Menschen getötet würden« (Fangerau/Noack 2006: 241). Unter dem so entstandenen öffentlichen Druck wurde die »Aktion T4« Ende August 1941 beendet. Insgesamt fielen ihr mehr als 70.000 Menschen zum Opfer.

Mit dem Ende der »Aktion T4« hörte das Morden in den Heil- und Pflegeanstalten jedoch nicht auf. An mehr als 30 Standorten lässt sich die anhaltende, aktive Beteiligung daran nachweisen (vgl. Fangerau/Noack 2006: 241f). Es muss davon ausgegangen werden, dass nach dem Ende der »Aktion T4« bis in die ersten Nachkriegsjahre noch einmal über 100.000 Patient*innen durch aktive Morde und zum Teil gezielte Vernachlässigung ums Leben kamen (vgl. Schmuhl 2011: 231ff.).

3.1 Nationalsozialistische Argumente für die »Euthanasie«

Zu den Argumenten des Nationalsozialismus für die »Euthanasie« gehören, im Anschluss an Jost, Binding und Hoche, ein von außen bestimmter Lebenswert für Menschen vor allem mit psychiatrischen Erkrankungen und schweren Behinderungen,

Mitleid, die »Belästigung« Dritter durch die Kranken sowie ökonomische Gründe. Gerade diese Verteilung von Ressourcen zu Ungunsten der Kranken wurde mit einer kollektivistischen Ethik begründet. Der Psychiater und Neurologe Hermann Pfannmüller (1886–1961) nannte bereits 1939 die Kostenersparnis als ersten von zahlreichen Gründen, aus denen er die »Euthanasie« für geboten hielt (vgl. Pfannmüller 1939). Ebenfalls deutlich wird der ökonomische Aspekt in der nach dem Krieg aufgefundenen »Hartheimer Statistik«, welche die monetäre Ersparnis durch die Abwesenheit der 70.273 »desinfizierten Personen« (d.h. der in der »Aktion T4« ermordeten Personen) bis 1951 auf 885.439.800 Reichsmark schätzte (vgl. Bader 2018).

4. Historiographische und metaethische Reflexionen

4.1 Das Argument der schiefen Ebene und die »Nazi-Karte«

Die »Euthanasie«-Morde gehörten zu den Verbrechen, die im Nürnberger Ärzteprozess angeklagt waren. Im Anschluss an den Prozess, der häufiger im Kontext der Humanexperimente in den Konzentrationslagern und als Katalysator der Entwicklung der medizinischen Forschungsethik erinnert wird (vgl. Krischel 2021, vgl. Moll/Krischel 2023), formulierte der Arzt und beim Prozess als Sachverständiger beteiligte Leo Alexander (1905–1985):

»Der Anfang war eine feine Verschiebung der Grundeinstellung der Ärzte. Es begann mit der Akzeptanz der Einstellung, dass es bestimmte Leben gibt, die nicht wert sind, gelebt zu werden. Diese Einstellung umfasste in ihrer frühen Ausprägung die ernsthaft und chronisch Kranken. Allmählich wurde der Kreis derjenigen, die in diese Kategorie einbezogen wurden, ausgeweitet [...].«

(Alexander 1949, zitiert nach Wunder 2000: 257).

Hier prägt Alexander ein Argument der schiefen Ebene, indem er die »Euthanasie«-Morde nicht als »Ausrutscher der Medizin« oder »Pervertierung einer ansonsten guten Sache« versteht, sondern als Aspekt der »Janusköpfigkeit der Euthanasie-Idee« (Wunder 2000: 257), in welcher seit Jost, Binding und Hoche auch eine externe Zuschreibung von Lebenswert tradiert worden war.

Solche Argumente der schiefen Ebene werden in Philosophie und Bioethik häufig kritisch betrachtet. Der Bioethiker Tod Chambers etwa formulierte als eine Faustregel für die medizinische Ethik: »No Nazis, no space Aliens, no slippery slopes« (Chambers 1995). Vor dem Hintergrund, dass er sich in der selben Veröffentlichung jedoch auch gegen Faustregeln generell ausspricht und fordert, ethische Diskussionen müssten sich flexibel Themen und Diskutant*innen anpassen, ließe er sich vielleicht für die Debatte um assistierten Suizid in Deutschland vom Gegenteil überzeugen. Chambers Bedenken, dass durch die Inklusion von Nazis und Argumenten der schiefen Ebene die Aufmerksamkeit den zu diskutierenden Fällen entzogen würde (vgl. Chambers 1995:190), trifft hier gerade nicht zu. Vielmehr kann der Blick auf die Krankensterben im Nationalsozialismus und ihrer Vorgeschichte seit dem Ende des 19. Jahrhunderts unsere Aufmerksam-

keit für die historisch vorgebrachten Argumente sowie für potenzielle Entgrenzungsräume (vgl. Schütz 2021) schärfen.

Die Medizinethiker*innen und -historiker*innen Silke Schicktanz, Heiko Stoff und Susanne Michl unterscheiden eher im akademischen Diskurs eingesetzte Argumentationsmuster, zu denen sie das Schiefe-Ebene-Argument zählen, von eher politisch motivierten, worunter sie die »Nazi-Karte« als Totschlagargument einordnen (vgl. Schicktanz/Stoff/Michl 2021). Sie konstatieren, dass das historische Argument der NS-Medizinverbrechen durchaus geeignet ist, Praktiken, Gewohnheiten und Normen der spätmodernen Medizin herauszufordern. Auf dieser Basis fordern sie eine engere Kooperation zwischen Geschichte und Bioethik ein, um detaillierte und historiographisch anspruchsvollere Argumente zu entwickeln (vgl. ebd.: 506f). Argumente der schiefen Ebene halten sie als Warnungen (»cautionary argument«) durchaus für angemessen, um etwa auf potenzielle unerwünschte Folgen hinzuweisen. Gleichzeitig kann das Argument der schiefen Ebene im Kontext der NS-Medizin Fragen nach Ideologie, Kollektivethik und Paternalismus in den Fokus bringen (vgl. ebd.: 503) und so neben Parallelen auch Kontraste zwischen historischen Fallbeispielen und aktuell diskutierten Szenarien deutlich machen, welche sich unter divergierenden sozio-politisch Umständen entwickeln.

Der Bioethiker Arthur Caplan regt an, aus den nationalsozialistischen Medizinverbrechen Lehren für die Nachgeborenen zu ziehen. Er hält es aber für angezeigt, detailliert danach zu fragen, welche Szenarien miteinander verglichen werden, und nur dann NS-Analogien zu verwenden, wenn diese vorsichtig konstruiert und gerechtfertigt werden. Im Fokus stehen für Caplan dabei die Begründungsansätze der handelnden Personen (vgl. Caplan 1992).

4.2 Geschichte als Argument

Der Historiker Sascha Topp hat gezeigt, dass Geschichte als Argument in medizinethischen Debatten im Nachkriegsdeutschland regelmäßig in Stellung gebracht wurde. Er stellt fest, dass die »über Jahrzehnte prinzipiell nebeneinander bestehenden Bereiche von Vergangenheitsbewältigung und Medizinethik [...] von einzelnen historischen Akteuren und Gruppen stärker als zuvor in Beziehung zueinander gesetzt« (Topp 2013: 326) wurden. Noch 2013 hielt Topp es für »evident«, dass die prinzipielle »Ablehnung einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe in den beiden deutschen Staaten [...] als internalisierte Konsequenz aus der NS-Euthanasievergangenheit verstanden werden kann« (ebd.). Gleichzeitig müssen Erinnerungskultur sowie Geschichtsbewusstsein und historische Verantwortung, die daraus erwachsen, von jeder Generation neu bestimmt werden (vgl. Krischel/Halling 2020; vgl. Krischel/Fangerau/Söhner 2021). Somit ändert sich mit jeder Generation auch das Gewicht, das Geschichte als Argument hat.

5. Praxis der Argumente im ärztlich-berufspolitischen Kontext

Für die Zeit bis 2010 konnte Christina Gentner zeigen, dass im Deutschen Ärzteblatt regelmäßig Beiträge und Leserbriefe erschienen, welche den Komplex der Sterbehilfe thematisierten (Gentner 2015). Zu den wichtigen Artikeln im Deutschen Ärzteblatt, welche

die Frage nach einer Kontinuität zwischen »Euthanasie gestern« und »Sterbehilfe heute« stellten, gehörte laut Gentner ein Beitrag des Psychiaters Klaus Dörner (1933–2022), der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung – 1987 – die Psychiatrie in Gütersloh leitete und einen Lehrstuhl an der Universität Witten/Herdecke innehatte (vgl. Gentner 2015: 99). Dörner lehnt darin eine von der deutschen Geschichte losgelöste Sterbehilfedebatte – die sich zu diesem Zeitpunkt vor allem an Julius Hackethal (1921–1997) abarbeitete – ab. Stattdessen fordert er einen stärkeren Lebensschutz, der sich auch aus der »Pflicht zu lernen« ableite, welche die Deutschen durch ihre nationalsozialistische Geschichte hätten (vgl. Dörner 1987). Zwar erkennt Dörner an, dass in der Debatte um die Liberalisierung der Sterbehilfe der 1980er Jahre zunehmend mit der Selbstbestimmung von Menschen über ihr eigenes Leben und Sterben argumentiert wurde. Dem stellt er entgegen, dass es durch eine Akzeptanz der Sterbehilfe zu einer »soziale[n] Erwartungshaltung in der Bevölkerung [kommen könnte], wonach alle behinderten, unheilbaren oder alten Menschen es für anständig halten müssen, sich von den medizinischen Vertretern der Wissenschaft den Tod geben zu lassen.« Dörner spitzt zu: »Es entstehen ungeahnte Möglichkeiten, soziale Kosten einzusparen« (ebd.: A-3289). Damit benennt er die »Gefahr einer Ökonomisierung der Gesundheit oder sogar des Lebens« (Gentner 2015: 102f), wie sie argumentativ bereits bei Jost, Binding und Hoche angelegt war und bei den Patientenmorden im Nationalsozialismus ein entscheidender Faktor wurde.

Nicht nur in dem von Gentner untersuchten Zeitraum bis 2010 werden im Deutschen Ärzteblatt Dambruch- und historische Argumente gegen die Liberalisierung des (ärztlich) assistierten Suizids formuliert. Auch in Beiträgen und Leserbriefen, die auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 reagieren, die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe nicht mehr unter Strafe zu stellen, sowie nach der Entscheidung der Delegierten des Deutschen Ärztetages im Jahr darauf, das Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung aus dem ärztlichen Standesrecht zu streichen (vgl. Haserück/Richter/Kuhlmann 2021), finden sich Dambruchargumente und Rekurse auf den Nationalsozialismus.

So wird in einem Beitrag aus dem Februar 2020 Kirsten Kappert-Gonther, Sprecherin für Gesundheitsförderung der Grünen im Bundestag zitiert:

»Das Urteil ist ein Dambruch. [...] Menschen sollen sich nicht wegen der Sorge, anderen zur Last zu fallen, oder gar aus finanzieller Not zum Suizid gedrängt fühlen«, erklärte sie. Beides werde aber als Motiv genannt. »Wir dürfen nicht zulassen, dass der Erwartungsdruck gerade auf Menschen in vulnerablen Situationen, diesen vermeintlichen ›Ausweg‹ zu nehmen, steigt.« (ER 2020).

In einem Leserbrief mit Titel »Sterbehilfe: Dambruch« aus dem Juni 2021 als Reaktion auf einen anderen Beitrag zu Sterbewünschen bei Patient*innen beziehen sich Erla und Christian Vogler ausdrücklich auf die »›Aktion T4‹ im Nationalsozialismus« und fragen: »Sind wir jetzt wieder so weit?« Ihrer Ansicht nach setze die Gesellschaft »[h]ilfsbedürftige Menschen und Alte [...] unerschrocken unter Druck, ihrem ›nutzlosen‹ und ›kostenaufwendigen‹ Leben mit dem bereitgestellten Giftbecher selbst ein Ende zu setzen, ›Gnadentod‹ eben.« (Vogler/Vogler 2021)

Sowohl die Sozial- und Gesundheitspolitikerin Kappert-Gonther (selbst Fachärztin für Psychiatrie) als auch die Ärzt*innen Erla und Christian Vogler warnen also in der aktuellen Debatte mit dem Dambruchargument und dem Rekurs auf die Patientenmorde im Nationalsozialismus davor, die (ärztliche) Suizidassistenz heute auszuweiten.

6. Was können wir aus der Geschichte lernen?

Nur wer die Geschichte kennt, kann aus ihr lernen. Aus diesem Grund muss das Wissen über die Patientenmorde im Nationalsozialismus, über ihre Vorgeschichte und über die Argumente, die für die »Euthanasie« angeführt wurden, gefördert werden. Mahn- und Gedenkstätten, wie sie in den ehemaligen »T4«-Tötungsanstalten eingerichtet wurden, Gedenk- und Informationsorte wie am historischen Ort Tiergartenstraße 4 in Berlin sowie Unterricht im Rahmen des Medizinstudiums sind hier zielführend. Auf Basis des historischen Wissens können und müssen dann die Teilnehmer*innen am heutigen Diskurs über (ärztliche) Suizidassistenz entscheiden, welchen Wert Geschichte als Argument für sie hat.

Bis heute werden – dies zeigt etwa der Blick ins Deutsche Ärzteblatt – Argumente der schiefen Ebene (bzw. Dambruchargumente) gegen eine Liberalisierung der Suizidassistenz vorgebracht. Viele Umstände, welche die Patientenmorde im Nationalsozialismus ermöglichten, bestehen heute nicht mehr. Jedoch lassen sich aus der historischen Betrachtung drei zentrale Problemkomplexe identifizieren, die bis heute Relevanz haben: (1) Achtung der Autonomie, (2) Vorsicht vor ökonomischen Argumenten und (3) Vermeidung von Ermöglichungsräumen für Missbrauch.

6.1 Achtung der Autonomie

Der medizinethische Diskurs seit den 1980er Jahren ist deutlich geprägt von einer Betonung der Patientenautonomie, und auch das Bundesverfassungsgericht betonte im Jahr 2020, das Recht, das eigene Leben selbst zu beenden sowie um Hilfe dabei zu ersuchen, gelte unabhängig von Leiden oder Krankheit. Es zielte mit der Entscheidung also nicht auf Mitleid, sondern auf Autonomie ab. Der Medizinhistoriker und Psychiater Gerrit Hohendorf warnt jedoch, die Selbstbestimmung von Patient*innen habe historisch »keine stabile Grenze« gebildet:

»Vielmehr zeigt sich eine dem Euthanasiediskurs inhärente Tendenz, von der Tötung auf ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen zur ›Erlösung‹ auch derjenigen Menschen fortzuschreiten, die ihren Willen nicht mehr äußern können oder die als willensunfähig angesehen werden.« (Hohendorf 2011: 219)

Vor dem Hintergrund dieser Erwägungen scheint Suizidassistenz deutlich besser durch Autonomie als durch Mitleid begründbar. Ein Problemkomplex bleibt jedoch bei sterbewilligen Personen mit eingeschränkter Autonomie bestehen, wie sie etwa bei psychiatrischen Erkrankungen oder kognitiven Einschränkungen gegeben sein kann, aber nicht gegeben sein muss (vgl. Pollmächer 2023).

6.2 Vorsicht vor ökonomischen Argumenten

Klar herausgestellt wurde, dass ökonomische Argumente für die Patientenmorde vorgebracht wurden. »Ökonomische Nützlichkeit« entschied auch in der Praxis über Leben und Tod von Patient*innen. Doch besteht auch in der aktuellen Debatte um Suizidassistenten die »Gefahr einer Fremdbestimmung des Wertes des menschlichen Lebens nach gesellschaftlichen Nützlichkeitsabwägungen« (Hohendorf 2016: 224)?

Der Sozialwissenschaftler Ullrich Bauer bezeichnet mit dem Begriff »Salutokapitalismus« die »Verbindung kapitalistischer Strukturen mit denen des Gesundheitswesens« (Bauer 2007: 114). Als dessen Merkmale identifiziert er neben einer Rationalisierung und Rationierung von Leistungen auch eine verstärkte Polarisierung: Eingespart werden Ressourcen eher bei Personen mit wenig ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital, mit der Folge von ungleichen Teilhabechancen. Gleichzeitig konstatiert er eine »abnehmende Pflegebereitschaft in den ressourcenstarken Milieus« (ebd.: 108).

Wenn nun in der neoliberalen Gesellschaftsordnung die Gefahr besteht, dass sowohl Patient*innen als auch Mitarbeitende im Gesundheitswesen Ideen von Wirtschaftlichkeit internalisieren, wie Bauer befürchtet, können daraus Entsolidarisierung mit pflegebedürftigen Personen, zunehmende soziale Kälte und im Extremfall Druck hin zu einem »sozialverträglichen Frühableben« (Karsten Vilmar) entstehen.

6.3 Ermöglichungsräume für Missbrauch vermeiden

Die »T4«-Tötungsabteilungen wurden absichtlich an abgelegenen Orten eingerichtet, Kinder wurden in »Kinderfachabteilungen« abseits ihrer Heimat getötet, damit Familienbesuche ausgeschlossen werden konnten. Wie auch bei den Humanexperimenten ohne Einwilligung der Versuchspersonen, die in Konzentrationslagern stattfanden, wurden durch den Ausschluss der Öffentlichkeit Ermöglichungsräume für Missbrauch geschaffen, die als Räume der Gewalt verstanden werden können (vgl. Schütz 2021).

Die Medizinhistorikerin Stefanie Westermann hat herausgestellt, dass sowohl die Nichtbeachtung der Krankenmorde während der frühen 1940er Jahre durch Angehörige, die davon hätten wissen können, als auch die Tabuisierung und die lange Zeit begrenzte Erinnerungskultur als »verweigerte[r] Blick in den Spiegel« verstanden werden können. Zwar seien die Patientenmorde durchaus juristisch geahndet worden, jedoch hätten »in kaum einem anderen Bereich der nationalsozialistischen Verbrechen die Täter auf derart viel Verständnis und Integrationswillen hoffen [können] wie in diesem« (Westermann 2011: 234f). Westermann stellt die These auf, dass es weiten Teilen der Nachkriegsgesellschaft leichter fiel, sich »mit dem Verweis auf vermeintliches Mitleid, Befehlsnotstand oder Ressourcenknappheit« eher mit den Täter*innen als mit den Opfern der »Euthanasie« und ihren Angehörigen zu identifizieren.

Bis heute bleiben Leiden, Einsamkeit und Armut im Alter sowie Sterben und Tod tabuisierte Themen. Im Hier und Jetzt müssen diese Themen breit diskutiert, der Blick auf davon betroffene Personen – und gleichsam »in den Spiegel« – gewagt werden, um sie nicht auszugrenzen und einen gesellschaftlichen Druck zu Suizid und Inanspruchnahme von Suizidassistenten zu vermeiden. Nur durch ein Hinschauen kann vermieden wer-

den, dass etwa in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe Ermöglichungsräume für einen solchen Druck entstehen.

Literatur

- Alexander, Leo (1949), zitiert nach Wunder, Michael: »Medizin und Gewissen – Die neue Euthanasie-Debatte in Deutschland vor dem historischen und internationalen Hintergrund«, in: Frewer/Eickhoff, Euthanasie (2000), S. 250–275.
- Aly, Götz: »Aktion T4 – Modell des Massenmordes«, in: Götz Aly (Hg.), Aktion T4 1939–1945. Die ›Euthanasie‹-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, 2., erw. Aufl., Berlin: Hentrich 1989, S. 11–21.
- Baader, Gerhard: »Psychiatrie im NS zwischen ökonomischer Rationalität und Patientenmord«, in: Gerhard Baader/Jürgen Peter (Hg.), Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Gesundheit und Krankheit als Vision der Volksgemeinschaft, Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag 2018, S. 184–218.
- Bauer, Ulrich (2007): »Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld«, in: Michael Esser (Hg.), Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen (Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 44), Hamburg: Argument Verlag, S. 98–119.
- Benzenhöfer, Udo: Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München: Beck 1999.
- Binding, Alfred/Hoche, Karl: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form, Leipzig: Meiner 1920.
- Caplan, Arthur L.: »The Doctors' Trial an Analogies to the Holocaust in Contemporary Bioethical Debates«, in: George J. Annas/Michael A. Grodin (Hg.), The Nazi Doctors and the Nuremberg Code, New York, NY: Oxford University Press Inc. 1992, S. 258–275.
- Chambers, Tod S.: »No Nazis, no space aliens, no slippery slopes and other rules of thumb for clinical ethics teaching«, in: Journal of Medical Humanities 16 (1995), S. 189–200.
- Dörner, Klaus: »Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?«, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), A-3286-A3290.
- ER (2020) »Gekipptes Sterbehilfverbot löst heftige Reaktionen aus«, <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=109662&s=Dammbruch>, abgerufen am 26. Juli 2023.
- Fangerau, Heiner/Noack, Thorsten: »Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus«, in: Stefan Schulz et al.(Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2006, S. 224–248.
- Frewer, Andreas/Eickhoff Clemens (Hg.): »Euthanasie« und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt/New York: Campus Verlag 2000.
- Galen, Clemens August von (1941): Euthanasiepredigt, <https://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/texte/599.html>, abgerufen am 26. Juli 2023.

- Gentner, Christina Julia: Die Sterbehilfe Diskussion im Deutschen Ärzteblatt. Eine inhaltsanalytische Auswertung der Artikel von 1949 bis 2010. Dissertation, Tübingen 2015, <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/63592>, abgerufen am 26. Juli 2023.
- Guckes, Barbara: »Das ›Faschismus-Argument‹ in der Diskussion um die Legalisierung von Sterbehilfe«, in: Richard Toellner/Urban Wiesing (Hg.), *Geschichte und Ethik in der Medizin*, Stuttgart: Fischer 1997, S. 131–154.
- Haserück, André/Richter-Kuhlmann, Eva: »Ärztliche Suizidassistentz: Berufsrechtliches Verbot entfällt«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 118 (2021), A-969.
- Hitler, Adolf: »Auftrag Hitlers an Reichsleiter Bouhler und Dr. Brandt« 1939, https://ghdi.ghi-dc.org/sub_document.cfm?document_id=1528&language=german, abgerufen am 26. Juli 2023.
- Hohendorf, Gerrit: »Die nationalsozialistischen Krankenmorde zwischen Tabu und Argument – Was lässt sich aus der Geschichte der NS-Euthanasie für die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe lernen?«, in: Westermann/Kühl/Ohnhäuser, *NS-«Euthanasie»* (2011), S. 211–230.
- Hohendorf, Gerrit: »Zwischen Tabu und Argument – Zur Bedeutung der nationalsozialistischen ›Euthanasie‹ für die gegenwärtige Debatte um die Sterbehilfe«, in: Oliver Rauprich/Ralf J. Jox/Georg Marckmann (Hg.), *Vom Konflikt zur Lösung. Ethische Entscheidungswege in der Biomedizin*, Münster: mentis 2016, S. 221–236.
- Jost, Adolf: *Das Recht auf den Tod*, Göttingen: Dietrich 1895.
- Krischel, Matthis: »The Institutionalization of Research Ethics Committees in Germany – International Integration or in the Shadow of Nuremberg?«, in: *European Journal for the History of Medicine and Health* 78 (2021), S. 353–376.
- Krischel, Matthis/Fangerau, Heiner/Söhner, Felicitas: »Geschichtsbewusstsein und historische Verantwortung in der deutschen Humangenetik«, in: *Medizinische Genetik* 33 (2021), S. 189–195.
- Krischel, Matthis/Halling, Thorsten: »Erinnerungsorte und Erinnerungskultur – Zur Karriere der ›Memory Studies‹ in der Medizingeschichte«, in: *Medizinhistorisches Journal* 55 (2020), S. 219–231.
- Leven, Karl-Heinz: »Die ›NS-Euthanasie‹ und die gegenwärtige Debatte um aktive Sterbehilfe«, in: Franz Josef Illhardt et al. (Hg.), *Sterbehilfe. Handeln oder Unterlassen?*, Stuttgart: Schattauer 1998, S. 9–23.
- Moll, Friedrich H./Krischel, Matthis: »Die Genese des Informed Consent im Kontext der medizinischen Forschungsethik 1900–1931«, in: *Die Urologie* 62 (2023), S. 261–270.
- Pfannmüller, Hermann (1939), zitiert nach Katzur, Julia: Die »Kinderfachabteilung« in der Heil- und Pflgeanstalt Eglfing-Haar und die nationalsozialistische »Kindereuthanasie« zwischen 1940–1945. Dissertation, München 2017, <https://mediatum.ub.tum.de/1375884>.
- Pollmächer, Thomas: »Der assistierte Suizid aus psychiatrischer Sicht«, in: *Der Nervenarzt* 94 (2023), S. 619–624.
- Roelcke, Volker (Hg.): *Silence, Scapegoats, Self-reflection. The Shadow of Nazi Medical Crimes on Medicine and Bioethics*, Göttingen: V&R unipress 2014.

- Rubinfeld, Sheldon/Sulmasy, Daniel P. (Hg.): *Physician-assisted suicide and Euthanasia. Before, during and after the Holocaust*, Lanham, Maryland: Lexington Books 2020.
- Schicktanz, Silke/Stoff, Heiko/Michl, Susanne: »Bioethics and the argumentative legacy of atrocities in medical history: Reflections on a complex relationship«, in: *Bioethics* 35 (2021), S. 499–507.
- Schmuhl, Hans-Walter: »Euthanasie« und Krankenmord«, in: Robert Jütte et al. (Hg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, 2. Aufl., Göttingen: Wallstein-Verlag 2011, S. 213–255.
- Schütz, Mathias: »Memory Unbound, Unfounded Memory? On Medicine, the Holocaust, and Bioethical Reflection«, in: *European Journal for the History of Medicine and Health* 78 (2021), S. 74–95.
- Stobäus, Ricarda: »Euthanasie« im Nationalsozialismus – Gottfried Ewald und der Protest gegen die »Aktion T4«, in: Frewer/Eickhoff, *Euthanasie*, S. 177–192.
- Topp, Sascha: *Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin: Formen der Vergewärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie*, Göttingen: V&R unipress 2013.
- Vogler, Erla/Vogler, Christian: »Sterbehilfe: Dammbbruch«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 118 (2021): A-1224.
- Westermann, Stefanie: »Der verweigerte Blick in den Spiegel – NS-«Euthanasie«-Opfer und Wir«, in: Westermann/Kühl/Ohnhäuser, *NS-«Euthanasie«* (2011), S. 231–244.
- Westermann, Stefanie/Kühl, Richard/Ohnhäuser, Tim (Hg.): *NS-«Euthanasie« und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven*, Berlin (u.a.): Lit Verlag 2011.
- Wienau, Rolf: »Die Freigabe der Vernichtung »lebensunwerten Lebens‘«, in: Johanna Bleker, Gerhard Baader (Hg.), *Medizin im »Dritten Reich«*, Köln: Deutscher Ärzteverlag 1993, S. 162–174.
- Wunder, Michael: »Medizin und Gewissen – Die neue Euthanasie-Debatte in Deutschland vor dem historischen und internationalen Hintergrund«, in: Frewer/Eickhoff, *Euthanasie* (2000), S. 250–275.
- Wunder, Michael: »Learning with History: Nazi Medical Crimes and Today’s Debates on Euthanasia in Germany«, in: Roelcke, *Silence, Scapegoats, Self-reflection* (2014), S. 301–314.

Personenzentrierung und gemeinsame Entscheidungsfindung im Kontext des assistierten Suizids

Pola Hahlweg

Entscheidungsprozesse zu assistiertem Suizid so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht werden, stellt eine große Herausforderung dar. Es gilt, einem solch existenziellen Anliegen im Spannungsfeld zwischen persönlicher Autonomie und ausreichendem Schutz auf angemessene Weise zu begegnen und sich jeder Einzelperson in ihrer ganz individuellen Situation zuzuwenden, ohne vorschnell in die eine oder andere Richtung zu tendieren.

Dieses Kapitel legt dar, inwiefern Personenzentrierung und partizipative Entscheidungsfindung, zwei bewährte Konzepte aus der Gesundheitsversorgung, hierbei hilfreich sein können. Als theoretisches Fundament dient das »integrative Modell der Patient*innenzentrierung« (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014), welches durch sein wissenschaftlich fundiertes und umfassendes Verständnis von Personenzentrierung einen guten Ausgangspunkt für eine solche Annäherung darstellt.

Im Folgenden werden zunächst Personenzentrierung im Allgemeinen (1.) und darauffolgend die einzelnen Dimensionen der Personenzentrierung (1.1 bis 1.3) jeweils beschrieben und auf assistierten Suizid bezogen. Unter 2. wird die als »Höhepunkt« (engl. Pinnacle, vgl. Barry/Edgman-Levitan 2012) der Personenzentrierung bezeichnete partizipative Entscheidungsfindung mit assistiertem Suizid verknüpft. Abschließend erfolgt unter 3. ein Fazit und Ausblick zur Anwendung von Personenzentrierung und partizipativer Entscheidungsfindung auf assistierten Suizid.

1. Personenzentrierte Gesundheitsversorgung

Wie sich Menschen das Ende ihres Lebens vorstellen und ob es für sie in Frage kommt, assistierten Suizid in Betracht zu ziehen, sind höchst persönliche Angelegenheiten. Gleichzeitig sind Menschen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten, darauf angewiesen, von der Gesellschaft – konkreter am ehesten vom Gesundheitssys-

tem – oder mindestens von Einzelpersonen auf eine verantwortbare Art und Weise die Möglichkeit zum assistierten Suizid zu erhalten.

Personenzentrierte Gesundheitsversorgung (engl. person- oder people-centered health care) meint die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an den persönlichen Präferenzen, Werten und Bedürfnissen der Betroffenen (vgl. Institute of Medicine 2001: 6). Dies bezieht sich auf sämtliche Aspekte und Phasen der Versorgung, beispielsweise Gespräche zwischen Ärzt*innen und Patient*innen und Entscheidungen im Rahmen der Vorsorge, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge. Hiermit ist nicht gemeint, dass jeder Wunsch oder jedes Bedürfnis unhinterfragt erfüllt, sondern dass diese in der Gesundheitsversorgung wahrgenommen und einbezogen werden sollten.

Die Weltgesundheitsorganisation hat als Vision für personenzentrierte Gesundheitsversorgung Folgendes beschrieben:

»Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften werden in einem vertrauenswürdigen Gesundheitssystem versorgt, das ihren Bedürfnissen auf humane und ganzheitliche Art und Weise gerecht wird, und können sich ihren Präferenzen entsprechend einbringen und beteiligen.« (World Health Organization 2007: 7)

Personenzentrierung muss folglich sowohl auf Ebene der Individuen als auch einzelner Organisationen und ganzer Gesundheitssysteme umgesetzt werden (vgl. Venedey/Hower/Hillen/Ansmann/Kuntz/Stock 2020: 4ff.). Begründet wird dieser Ansatz durch zentrale ethische Grundprinzipien wie Menschenwürde, Respekt vor der individuellen Autonomie und Gerechtigkeit, aus denen sich die Notwendigkeit einer personenzentrierten, partizipativen und gleichberechtigten Gesundheitsversorgung ableiten lässt (vgl. Beauchamp/Childress 1979; vgl. World Health Organization 2007: 7; vgl. Hahlweg/Härter 2021). Auch im 2017 aktualisierten Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes, dem Nachfolger des hippokratischen Eides, findet sich eine Stärkung der Personenzentrierung, insofern als das Respektieren der Autonomie der Patient*innen in dieser Version erstmals explizit benannt wird (vgl. Montgomery/Parsa-Parsi/Wiesing 2018: 68). Die zunehmende Betonung der Autonomie in der Gesundheitsversorgung passt auch dazu, dass im Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 das Recht auf Autonomie als zentrales Argument für die Legalisierung des assistierten Suizids betont wurde (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020: 1).

Eine Herausforderung im Umgang mit Personenzentrierung ist jedoch die bestehende begriffliche und definitorische Unschärfe (vgl. Scholl/Venedey/Stock 2021: 161). So wurde in der Vergangenheit häufig von Patient*innenzentrierung (oder -orientierung) gesprochen, während heute vermehrt die Bezeichnung Personenzentrierung (oder -orientierung) verwendet wird, um den Fokus weg von der Rolle als Patient*in und hin zu einer ganzheitlicheren Sicht auf die Person zu lenken (vgl. Håkansson Eklund/Holmström/Kumlin/et al. 2019). Dennoch werden die oben genannten Begriffe oft synonym oder zumindest sinnähnlich verwendet. In diesem Kapitel wird vornehmlich der Begriff Personenzentrierung verwendet, um einem ganzheitlichen Verständnis bestmöglich Rechnung zu tragen.

Zudem fehlt es häufig an einer klaren Definition (vgl. Zill/Zeh/Scholl 2021: 50). Um diesem Mangel zu begegnen, wurde in einer systematischen Literaturarbeit mit

mehr als 400 wissenschaftlichen Veröffentlichungen das sogenannte integrative Modell der Patient*innenzentrierung abgeleitet (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014). Das Modell wurde in Delphi-Befragungen mit Expert*innen und Patient*innen validiert (vgl. Zill/Scholl/Härter/Dirmaier 2015; vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Härter/Scholl 2019). Nach Einbezug der Patient*innenperspektive wurde das Modell um eine weitere Dimension ergänzt und umfasst in seiner aktuellen Fassung 16 Dimensionen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Härter/Scholl 2019: 5). Diese unterteilen sich in Aspekte der personenzentrierten Grundhaltung, in konkrete Handlungen und Maßnahmen und in Rahmenbedingungen, auf welche im Folgenden einzeln eingegangen wird.

1.1 Personenzentrierte Grundhaltung

Eine personenzentrierte Grundhaltung umfasst im integrativen Modell vier Dimensionen (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014: 3):

- Einzigartigkeit jeder Person
- Berücksichtigung der Lebensumstände
- Personenzentrierte Merkmale der Behandelnden
- Vertrauensvolles Miteinander

Die Einzigartigkeit jeder Person zu berücksichtigen beinhaltet das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen und Erwartungen und das Anerkennen, dass Menschen verschieden sind (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 1). Die Berücksichtigung der Lebensumstände bedeutet eine ganzheitliche Betrachtungsweise unter Einbezug aller Lebensbereiche wie etwa Körper und Psyche, Partnerschaft, Familie und Freund*innen, Beruf und Freizeit (vgl. ebd.). Diese Dimensionen weisen einen engen Zusammenhang zur Autonomie auf, welche, wie oben beschrieben, ein zentrales Argument für assistierten Suizid darstellt (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020: 1). Auch erscheint die Beachtung der Einzigartigkeit jeder Person unerlässlich, um eine sterbewillige Person angemessen und an ihre individuelle Situation angepasst über die Möglichkeit eines assistierten Suizids sowie über bestehende Alternativen beraten zu können.

Personenzentrierte Merkmale der Behandelnden beinhalten Einfühlungsvermögen, Ehrlichkeit, Wertschätzung, Vertrauenswürdigkeit, Bewusstsein über eigenes Verhalten und eigene Gefühle sowie fachliche Kompetenz (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 1). Diese Eigenschaften ermöglichen ein echtes Sich-Zuwenden und offenes Zuhören. Auch im Kontext des assistierten Suizids sind diese Eigenschaften und Fähigkeiten von essenzieller Bedeutung. Besonders die Reflexion über eigenes Verhalten und eigene Gefühle sei hier betont. Die persönlich wie ethisch oft aufgeladene Thematik des assistierten Suizids erfordert von Behandelnden in besonderem Maße, eigene Befindlichkeiten wahrnehmen und von den Bedürfnissen der Person mit Sterbewunsch trennen zu können.

Um ein vertrauensvolles Miteinander zu fördern, sollten unter anderem Ansprechpartner*innen möglichst konstant bleiben, den Behandelnden Vorinformationen bekannt sein und sowohl die Vorgeschichte als auch das aktuelle Befinden besprochen

werden (vgl. ebd.). Ein vertrauensvolles Miteinander wurde in qualitativen Studien mit Behandelnden und Betroffenen als zentral für das Besprechen von Assistierter-Suizid-Anliegen benannt (vgl. z.B. Oczkowski/Crawshaw/Austin/et al. 2021: 4; Brooks 2019: 386; 393). Gleichzeitig deuten qualitative Studien mit Angehörigen darauf hin, dass assistierter Suizid oft primär in engen privaten Vertrauensverhältnissen besprochen und Behandelnde nicht immer als passende Ansprechpartner*innen wahrgenommen wurden (vgl. Georges/Onwuteaka-Philipsen/Muller/van der Wal/van der Heide/van der Maas 2007: 4; vgl. Gamondi/Pott/Preston/Payne 2018: 1090). Ob sich gleichbleibende Ansprechpartner*innen im Zusammenhang mit assistiertem Suizid verwirklichen lassen, hängt zudem von den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben ab. Beispielsweise können sich diese dahingehend unterscheiden, ob Beratungen von vorbehandelnden Ärzt*innen oder von unabhängigen, nicht vorbekannten Ärzt*innen durchzuführen sind. Eine unabhängige Beurteilung könnte den Vorteil haben, dass Interessenskonflikte oder Befangenheiten weniger wahrscheinlich wären. Eine vertrauensvolle Begegnung zweier Menschen zu einem hochemotionalen und existenziellen Thema wie assistiertem Suizid ist jedoch – wenn überhaupt – fast nur im Kontext etablierter Behandler*innen-Patient*innen-Beziehungen vorstellbar. Welches Vorgehen bei Assistierter-Suizid-Anliegen angemessener wäre, hängt sowohl von den Präferenzen der sterbewilligen Person als auch von dem individuell wie gesellschaftlich festgelegten Rollenverständnis für die beratende Person ab. Sollte die Aufgabe einer Beratung zu assistiertem Suizid eher die Begegnung und Klärung in einem vertrauensvollen Miteinander oder das Prüfen des Vorhandenseins von Voraussetzungen und des Einhaltens von Regelungen sein?

1.2 Konkrete Handlungen und Maßnahmen der Personenzentrierung

Im integrativen Modell der Personenzentrierung werden sieben konkrete Handlungen und Maßnahmen beschrieben (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014: 6; vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Härter/Scholl 2019: 5):

- Individuell angepasste Informationen
- Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung bei Entscheidungen
- Aktivierung von Patient*innen
- Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens
- Unterstützung des psychischen Wohlbefindens
- Beteiligung von Familie und Freund*innen
- Patient*innensicherheit

Individuell angepasste Informationen sollten ausgewogen über verschiedene Möglichkeiten inklusive deren Vor- und Nachteilen gegeben werden, auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse der zu informierenden Person einbeziehen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 4). Auch sollte die betroffene Person die Möglichkeit haben, ihr Wissen mitzuteilen (vgl. ebd.). Auch im Rahmen von Beratungsgesprächen zu assistiertem Suizid wird auf die Zentralität der Informationsvermittlung – einschließlich möglicher Alternativen – hingewiesen (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020: 22f.; vgl. Deutscher Ethikrat 2022: 15f.).

Durch einen solchen Informationsaustausch wird eine gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung bei Entscheidungen möglich, bei der die betroffene Person die Möglichkeit hat, ihre Sichtweise, Wünsche und Ziele einzubringen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 4). Diese Dimension beschreibt im Kern partizipative Entscheidungsfindung (siehe 2).

Durch die Aktivierung von Patient*innen sollen Betroffene ermutigt werden, einen aktiven und selbstständigen Umgang mit ihrer Erkrankung zu finden, und dadurch zu Expert*innen für die eigene Situation und Erkrankung werden (vgl. ebd.). Auch für Personen, die assistierten Suizid in Betracht ziehen, ist ein proaktiver Umgang mit der eigenen Situation unerlässlich. Beispielsweise sind es meist Personen mit Sterbewunsch, die das Thema assistierter Suizid initial ansprechen. Auch hängen die notwendigen Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit, der ausreichenden Selbstbestimmungsfähigkeit und der Freiheit von Druck und Beeinflussung durch Dritte (vgl. Deutscher Ethikrat 2022: 17ff.) eng mit »aktiven Patient*innen« im Sinne der Personenzentrierung zusammen.

Personenzentrierte Versorgung beinhaltet außerdem die Unterstützung des körperlichen und des psychischen Wohlbefindens, beispielsweise durch die Behandlung somatischer Symptome oder das Ansprechen von Gefühlen und das Angebot psychologischer Unterstützung (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 5). Auch im Sinne einer ganzheitlichen Begleitung, Beratung und Aufklärung zu Assistierter-Suizid-Anliegen ist die Beachtung und gegebenenfalls Behandlung somatischer wie psychischer Symptome essenziell. Beispielsweise spielt dies im Rahmen der Beratung zu möglichen Alternativen zu assistiertem Suizid und in der Planung und Durchführung eines assistierten Suizids eine Rolle.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Rolle und Belastung der Angehörigen von Menschen, die assistierten Suizid in Betracht ziehen oder durchgeführt haben (vgl. Roest/Trappenburg/Leget 2019). Im integrativen Modell der Personenzentrierung wird die Beteiligung von Familie und Freund*innen entsprechend der Wünsche der betroffenen Person unterstützt (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 4). Dies kann beispielsweise die Weitergabe von Informationen, die Teilnahme an Gesprächen oder eine aktive Beteiligung und Unterstützung zum Beispiel im Rahmen der Pflege sein (vgl. ebd.). Auch diese Dimension sowie die aufgeführten Beispiele passen für das Anwendungsbeispiel des assistierten Suizids. Gleichzeitig sei an dieser Stelle erwähnt, dass Assistierter-Suizid-Anliegen nicht immer von allen Angehörigen gleichermaßen mitgetragen werden, was zu Konflikten und Unverständnis führen und für alle Beteiligten herausfordernd und belastend sein kann.

Auch Patient*innensicherheit ist im Zusammenhang mit assistiertem Suizid wichtig. Diese Dimension der Personenzentrierung beinhaltet neben Sauberkeit und Hygiene auch Aspekte wie den Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, das Wissen über Wechselwirkungen und Medikamentensicherheit und eine gründliche Dokumentation (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 3). Im Hinblick auf die Sicherheit und Dokumentation der Planung und Durchführung eines assistierten Suizids kann auch diese Dimension gut angewendet werden.

1.3 Rahmenbedingungen der Personenzentrierung

Zuletzt beschreibt das integrative Modell fünf Rahmenbedingungen für personenzentrierte Versorgung (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014: 3f.):

- Angemessene Kommunikation
- Einbezug ergänzender Angebote
- Zusammenarbeit von Behandelnden
- Gute Planung der Behandlung
- Zugang zur Behandlung

Angemessene Kommunikation beinhaltet Basisfertigkeiten der Gesprächsführung wie das Verwenden verständlicher Sprache, Raum für Fragen, aufmerksames Zuhören und Blickkontakt (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Auch wenn angemessene Kommunikation als eine der Grundsäulen ärztlichen Handelns und von Interaktionen im Gesundheitssystem angesehen wird, so zeigen sich in der Routineversorgung immer wieder Defizite (vgl. Maguire/Pitceathly 2002: 697; vgl. Levinson/Pizzo 2011: 180zf.; vgl. Zota/Diamantis/Katsas/et al. 2023: 1f.; 14). Für die Kommunikation und Entscheidungsfindung zu existenziellen Themen wie assistiertem Suizid sind gute Kommunikationsfertigkeiten besonders wichtig, da diese Themen mit Tabus und einer erhöhten Vulnerabilität und Abhängigkeit auf Seiten der Personen mit Sterbewunsch einhergehen können. Auch ist an ethischen Prinzipien und Standards ausgerichtete Kommunikation essenziell, um – auch im Hinblick auf Patient*innensicherheit – möglicher Beeinflussung bis hin zu Manipulation entgegenzuwirken.

Der Einbezug ergänzender Angebote wie Selbsthilfegruppen, Komplementärmedizin und spiritueller Unterstützung entsprechend den Wünschen der Betroffenen setzt voraus, dass die Behandelnden den Wert solcher Angebote anerkennen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Im Zusammenhang mit assistiertem Suizid wird immer wieder die Wichtigkeit guter Palliativversorgung und teilweise ergänzender Angebote wie beispielsweise Schuldnerberatungen angebracht (vgl. Deutscher Bundestag 2022a: 6; 14; vgl. Deutscher Bundestag 2022b: 5; 15). Dies zeigt, wie relevant die Verzahnung und Zusammenarbeit mit ergänzenden beziehungsweise alternativen Angeboten im Kontext von assistiertem Suizid ist.

Eine gute Zusammenarbeit von Behandelnden über Fachbereiche und Berufsgruppen hinweg erfordert Absprachen, gegenseitigen Respekt und Vertrauen sowie gemeinsame Verantwortungsübernahme und sollte in Institutionen auf Leitungsebene unterstützt werden (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Dies erleichtert eine gute Planung der Behandlung, welche unter anderem das Vereinbaren und Koordinieren von Folgeterminen, Absprachen zwischen Behandelnden in verschiedenen Settings, Verfügbarkeit von Vorinformationen wie Arztbriefen und Unterstützung mit Anträgen und Formularen bedeutet (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 3). Auch hinsichtlich Assistierter-Suizid-Anliegen sind gute Teamarbeit zwischen Behandelnden (vgl. z. B. Brown/Goodridge/Harrison/Kemp/Thorpe/Weiler 2022: 348) und gute Planung von Terminen und Abläufen (vgl. z. B. Crumley/Kelly/Young/Phinney/McCarthy/Gubitz 2021: 4) wichtige Bausteine.

Der Zugang zur Behandlung ist ebenfalls eine Voraussetzung für personenzentrierte Versorgung und beinhaltet unter anderem räumliche Nähe, zeitliche Vereinbarkeit, Barrierefreiheit und finanzielle Erschwinglichkeit (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Das Thema des Zugangs zu assistiertem Suizid wurde ebenfalls im Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts aufgegriffen, indem dieses betonte, dass assistierter Suizid nicht »faktisch unmöglich« sein darf (Bundesverfassungsgericht 2020: 1). Wie ein leichter Zugang zu assistiertem Suizid am besten gewährleistet werden kann, ohne Schutzbedarfe zu vernachlässigen, bleibt zum aktuellen Zeitpunkt eine offene Frage.

2. Partizipative Entscheidungsfindung

Ein zentraler Baustein personenzentrierter Gesundheitsversorgung ist die gemeinsame, sogenannte partizipative Entscheidungsfindung zwischen Behandelnden und Betroffenen.

»Partizipative Entscheidungsfindung wird definiert als ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient*in und Arzt/Ärztin auf Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen.« (Härter 2004: 90)

Wie Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung getroffen werden, kann als Kontinuum zwischen der sogenannten paternalistischen Entscheidungsfindung, bei der Behandelnde die Entscheidung bestimmen, und der sogenannten informierten Entscheidungsfindung, bei der die betroffenen Personen die Entscheidung bestimmen, verstanden werden – mit der partizipativen Entscheidungsfindung in der Mitte (vgl. Charles/Gafni/Whelan 1997: 682ff.). In letzter Zeit entwickeln sich zudem zunehmend differenziertere Betrachtungsweisen, die für eine Unterscheidung verschiedener Arten der partizipativen Entscheidungsfindung plädieren (vgl. Kon 2010: 903f.; vgl. Hargraves/Montori/Brito 2019: 1788ff.; vgl. Resnicow/Catley/Goggin/et al. 2021: 755). Unabhängig davon, ob eine Entscheidung eher nach dem paternalistischen, dem partizipativen oder dem informierten Modell getroffen wird, sollten alle Entscheidungen in der Medizin personenzentriert erfolgen (vgl. Resnicow/Catley/Goggin/et al. 2021: 755).

Generell wird partizipative Entscheidungsfindung von vielen Patient*innen gewünscht (vgl. Braun/Marstedt 2014: 111ff.; vgl. Hahlweg/Kriston/Scholl/et al. 2020: 969f.) und von der Gesundheitspolitik und Gesetzgebung gefordert (vgl. Deutscher Bundestag 2013: 277; vgl. Hahlweg/Bieber/Brütt/et al. 2022: 50f.). Beim assistierten Suizid besteht jedoch ein entscheidender Unterschied zu Gesundheitsproblemen, welche aus medizinischer Fachperspektive eine Behandlung indizieren und für welche die oben beschriebenen Konzepte entwickelt wurden: Es handelt sich um die autonome Präferenz einer Person mit Sterbewunsch, welche im Hinblick auf die Entscheidungsfindung am ehesten mit elektiven Behandlungen in der Medizin vergleichbar ist. Entscheidungen zu elektiven Behandlungen sollten entsprechend dem Kontinuum mehr durch Patient*innen als durch Behandelnde bestimmt werden. Gleichzeitig benötigen sowohl

elektive Behandlungen Behandelnde, die bereit sind die Behandlung durchzuführen, als auch assistierter Suizid eine Person, die bereit ist, die Assistenz zu leisten. Beim assistierten Suizid beinhaltet dies das Prüfen von Voraussetzungen und Kriterien wie der Selbstbestimmungsfähigkeit und des Einhaltens möglicherweise vorgegebener Beratungsgespräche. Dies gibt der*dem Behandelnden, welche*r potenziell beispielsweise durch das Ausstellen eines Rezeptes beim assistierten Suizid assistieren würde, eine Machtposition beziehungsweise Pförtnerfunktion im Rahmen der Entscheidungsfindung. Diese Aspekte machen deutlich, dass für eine Anwendung der klassischen medizinischen Entscheidungsmodelle auf assistierten Suizid eine sorgfältige Prüfung und entsprechende Adaptation erforderlich ist.

Neben den übergeordneten theoretischen Überlegungen zu Arten der Entscheidungsfindung gibt es auch praxisnahe Modelle wie das »Three Talks Modell« (vgl. Elwyn/Durand/Song/et al. 2017), die beschreiben, wie gemeinsame Entscheidungsfindung in der Routineversorgung umgesetzt werden kann. Diese konkreten Umsetzungsempfehlungen könnten auch für Entscheidungsgespräche zu assistiertem Suizid Orientierung bieten und die Kommunikation während des Abwägungs- und Beratungsprozesses unterstützen.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Personenzentrierung sollte auch für Überlegungen zu einer verantwortbaren Praxis des assistierten Suizids herangezogen werden. Die einzelnen Dimensionen einer personenzentrierten Grundhaltung, konkreter Handlungen und Maßnahmen sowie der Rahmenbedingungen für Personenzentrierung sollten jeweils sorgfältig geprüft und bei Bedarf für assistierten Suizid adaptiert werden. Gerade wenn Gesellschaften oder Gesundheitssysteme assistierten Suizid neu regeln und hierdurch die Umsetzung in der Praxis neu gestaltet werden muss, sollte dies personenzentriert erfolgen, um der Individualität und Autonomie jeder einzelnen Person möglichst gerecht zu werden.

Hinsichtlich der Entscheidungssituationen bestehen entscheidende Unterschiede zwischen medizinisch indizierten Behandlungen und Anfragen nach assistiertem Suizid. Deshalb sollte auch die Art und Weise, wie über Entscheidungsprozesse nachgedacht wird, für assistierten Suizid angepasst werden. Bei der Entscheidungsfindung zu assistiertem Suizid entsteht ein Spannungsfeld zwischen dem hohen Wert der Autonomie einer Person mit Sterbewunsch und den Schutz- und Prozesspflichten der beratenden, prüfenden und potenziell geschäftsmäßig assistierenden Person. Unter anderem kann dies zu einer Kollision von Hilfe- und Prüffunktionen und damit einer Pförtnerfunktion auf Seiten der Behandelnden führen. Dennoch können konkrete Prozessschritte und praxisnahe Ablaufmodelle der partizipativen Entscheidungsfindung auch im Kontext von assistiertem Suizid hilfreiche Orientierung bieten.

Insgesamt bieten somit sowohl die Personenzentrierung als auch die partizipative Entscheidungsfindung einen hilfreichen Rahmen und sollten beispielsweise in Leitlinien oder Fortbildungsprogramme zum Thema assistierter Suizid einfließen.

Literatur

- Barry, Michael J./Edgman-Levitan, Susan: »Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care«, in: *New England Journal of Medicine* 366(9) (2012), S. 780–781.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press 1979.
- Braun, Bernard/Marstedt, Gerd: »Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit«, in: *Gesundheitsmonitor* 2 (2014), S. 1–11.
- Brooks, Laura: »Health Care Provider Experiences of and Perspectives on Medical Assistance in Dying: A Scoping Review of Qualitative Studies«, in: *Canadian Journal on Aging* 38(3) (2019), S. 384–396.
- Brown, Janine/Goodridge, Donna/Harrison, Averie/Kemp, Jordan/Thorpe, Lilian/Weiler, Robert: »Care Considerations in a Patient- and Family-Centered Medical Assistance in Dying Program«, in: *Journal of Palliative Care* 37(3) (2022), S. 341–351.
- Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16, abzurufen unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidung/en/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html, abgerufen am 03. Mai 2023.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim J.: »Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)«, in: *Social Science & Medicine* 44(5) (1997), S. 681–692.
- Crumley, Ellen T./Kelly, Scarlett/Young, Joel/Phinney, Nicole/McCarthy, John/Gubitzy, Gordon: »How is the medical assistance in dying (MAID) process carried out in Nova Scotia, Canada? A qualitative process model flowchart study«, in: *BMJ Open* (11) (2021), e048698.
- Deutscher Bundestag: Drucksache 20/2332: Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte, Helge Lindh, et al. – Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe, 20. Wahlperiode, 2022a, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>, abgerufen am 03. Mai 2023.
- Deutscher Bundestag: Drucksache 20/904: Gesetzesentwurf der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, et al. – Entwürfe eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung, 20. Wahlperiode, 2022b, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>, abgerufen am 03. Mai 2023.
- Deutscher Bundestag: »Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)«, in: *Bundesgesetzblatt* 1(9) (2013), S. 277–282.
- Deutscher Ethikrat: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme, Berlin: Deutscher Ethikrat, 2022, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>, abgerufen am 03. Mai 2023.
- Elwyn, Glyn/Durand, Marie Anne/Song, Julia et al.: »A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process«, in: *The BMJ* 359 (2017), j4891.

- Gamondi, Claudia/Pott, Murielle/Preston, Nancy/Payne, Sheila: »Family caregivers' reflections on experiences of assisted suicide in Switzerland: a qualitative interview study«, in: *Journal of Pain and Symptom Management* 55(4) (2018), S. 1085–1094.
- Georges, Jean-Jaques/Onwuteaka-Philipsen, Bregje D./Muller, Martien T. et al.: »Relatives' perspective on the terminally ill patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide: a retrospective cross-sectional interview study in the Netherlands«, in: *Death Studies* 31(1) (2007), S. 1–15.
- Hahlweg, Pola/Härter, Martin: »Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt – Patientenorientierung und Klinische Ethik«, in: Katharina Wöllert/Burkhard Göke/Joachim Pröls/Philipp Osten (Hg.), *Praxisfeld Klinische Ethik*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2021, S. 115–118.
- Hahlweg, Pola/Bieber, Christiane/Brütt, Anna Levke et al.: »Moving towards patient-centered care and shared decision-making in Germany«, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 171 (2022), S. 49–57.
- Hahlweg, Pola/Kriston, Levente/Scholl, Isabelle et al.: »Cancer patients' preferred and perceived level of involvement in treatment decision-making: an epidemiological study«, in: *Acta Oncologica*, 59(8) (2020), S. 967–974.
- Håkansson Eklund, Jakob/Holmström, Inger K./Kumlin, Tomas et al.: »Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care«, in: *Patient Education and Counseling* 102(1) (2019), S. 3–11.
- Hargraves, Ian G./Montori, Victor M./Brito, Juan P. et al.: »Purposeful SDM: a problem-based approach to caring for patients with shared decision making«, in: *Patient Education and Counseling* 102(10) (2019), S. 1786–1792.
- Härter, Martin: »Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch«, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 98(2) (2004), S. 89–92.
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America: *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*, Washington D.C.: National Academy Press 2001.
- Kon, Alexander A.: »The shared decision-making continuum«, in: *Journal of the American Medical Association* 304(8) (2010), S. 903–904.
- Levinson, Wendy/Pizzo, Philip A.: »Patient-physician communication: It's about time«, in *Journal of the American Medical Association* 305(17) (2011), S. 1802–1803.
- Maguire, Peter/Pitceathly, Carolyn: »Key communication skills and how to acquire them«, in: *The BMJ* 325(7366) (2002), S. 697–700.
- Montgomery, Frank U./Parsa-Parsi, Ramin W./Wiesing, Urban: »Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds«, in: *Ethik in der Medizin* 30 (2018), S. 67–69.
- Oczkowski, Simon J. W./Crawshaw, Diane E./Austin, Peggy, et al.: »How can we improve the experiences of patients and families who request medical assistance in dying? A multi-centre qualitative study«, in *BMC Palliative Care* 20(1) (2021), Art. 185.
- Resnicow, Ken/Catley, Delwyn/Goggin, Kathy et al.: »Shared Decision Making in Health Care: Theoretical Perspectives for Why It Works and For Whom«, in: *Medical Decision Making* 42(6) (2021), S. 755–764.

- Roest, Bernadette/Trappenburg, Margo/Leget, Carlo: »The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review«, in *BMC Medical Ethics* 20(1) (2019), Art. 23.
- Scholl, Isabelle/Venedey, Vera/Stock, Stephanie: »Patientenzentrierte Versorgung«, in: Stephanie Stock/Karl W. Lauterbach/Stefan Sauerland (Hg.), *Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe* (4. Aufl.), Bern: Hogrefe 2021, S. 161–169.
- Scholl, Isabelle/Zill, Jödis M./Härter, Martin/Dirmaier, Jörg: »An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis«, in *PLOS One* 9(9) (2014), e107828.
- Venedey, Vera/Hower, Kira I./Hillen, Hendrik/Ansmann, Lena/Kuntz, Ludwig/Stock, Stephanie: »Patients' perspectives of facilitators and barriers to patient-centred care: insights from qualitative patient interviews«, in: *BMJ Open* 10 (2020), e033449.
- World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific: *People-centred health care. A policy framework*. 2007, <https://www.who.int/publications/i/item/9789290613176>, abgerufen am 03. Mai 2023.
- Zeh, Stefan/Christalle, Eva/Hahlweg, Pola/Härter, Martin/Scholl, Isabelle: »Assessing the relevance and implementation of patient-centredness from the patients' perspective in Germany: results of a Delphi study«, in: *BMJ Open* 9(12) (2019), e031741.
- Zeh, Stefan/Christalle, Eva/Hahlweg, Pola/Scholl, Isabelle: *Patientenverständliche Beschreibung von Patientenorientierung (unpersönliche Ansprache)*, Version 15.11.2018, abzurufen unter: https://www.uke.de/dateien/einrichtungen/forschung/sschwerpunkte/chcr/pdf/patientenverst%C3%A4ndliche-version_unpers%C3%B6nliche-rede.pdf, abgerufen am 03. Mai 2023.
- Zill, Jödis M./Scholl, Isabelle/Härter, Martin/Dirmaier, Jörg: »Which dimensions of patient-centeredness matter? Results of a web-based expert Delphi survey«, in: *PLOS One* 10(11) (2015), e0141978.
- Zill, Jödis M./Zeh, Stefan/Scholl, Isabelle: »Patientenzentrierte Versorgung«, in: Benno Brinkhaus/Tobias Esch (Hg.), *Integrative Medizin und Gesundheit*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2021, S. 47–60.
- Zota, Dina/Diamantis, Dimitrios V./Katsas, Konstantinos et al.: »Essential skills for health communication, barriers, facilitators and the need for training: Perceptions of healthcare professionals from seven European countries«, in: *Healthcare* 11(14) (2023), 2058.

Was bedeuten Sterbewünsche?

Überlegungen ausgehend von Simone de Beauvoirs Ethik der Ambiguität

Christoph Rehmann-Sutter

Wünsche zu sterben sind für die Zurückbleibenden nicht vor allem deshalb schwer zu akzeptieren, weil sie auf etwas hinzielen, das wir gewohnt sind, unserem Willen entgegenzusetzen – nämlich auf den Tod. Das mag auch ein Element sein, das Irritationen verursacht, weil wir ja so einiges in Bewegung setzen, um den Tod zu vermeiden. Sterbewünsche stellen für unser Denken aber vor allem deshalb eine Herausforderung dar, weil für Menschen, die sich den Tod wünschen, das Leben in einer vielleicht noch unklaren und mehrdeutigen Weise so stark nicht mehr gewünscht wird, dass es zu Ende gehen soll. Weil sie eine Ambiguität der eigenen Existenz aufzeigen, werfen Sterbewünsche anderer auch die Frage nach unserem eigenen Lebenswunsch auf. »Wenn dieser andere Mensch sein Leben nicht mehr möchte, weshalb scheint es mir selbst so selbstverständlich?« Wenn wir nur zweimal darüber nachdenken, ist es uns nicht so fremd, den Tod auch wünschen zu können. Eine solche Situation ist vorstellbar. Manche haben ihn selbst einmal ersehnt, um aus einer Situation herauszukommen, die unerträglich und ausweglos schien.

Sobald wir den Gedanken wirklich zulassen, dass unser menschliches Leben endlich ist, ist auch der Wunsch, dass es einmal ende (und gut ende), nicht absurd. Für Menschen, deren Ende nahe scheint, ist der Gedanke vielleicht näher als für Menschen, die sich in der Sicherheit wähnen, dass ihnen der Tod noch lange nichts anhaben könne. In den meisten Lebenslagen weisen wir die Frage, ob das Leben enden soll, zurück. Diejenigen, die zu sterben wünschen, haben sie zugelassen.

Die Herausforderung, die Sterbewünsche darstellen, und damit auch die moralischen Herausforderungen, die vom assistierten Suizid ausgehen, hängen davon ab, dass das Leben, das im Tod enden wird, das heißt, die Existenz, die durch den Tod aufgelöst sein wird, eine Mehrzahl an Deutungen zulässt. Von dieser Ambiguität wird auch der Akt der Beihilfe zum Sterben erfasst. Dabei ist mir wichtig zu betonen: Nicht der Tod ist das besonders schwer Verständliche und Ambivalente (zweifelloso: auch der Tod ist schwer verständlich und unser Verhältnis zu ihm ist ambivalent), sondern das Leben ist es. Wir stellen diese Frage nur selten, solange wir selbstsicher in den Tag hineinleben. Die Si-

tuation im Leben kann aber zu einer Herausforderung für unser Verstehen werden: Was bedeutet die Situation, in die das Lebendigsein in der Gegenwart, und in der erwartbaren Zukunft entsprechend das Lebendigbleiben einen Menschen stellt?

Mit diesem Gedanken beziehe ich mich auf Simone de Beauvoirs Ethik der Ambiguität, die in Frankreich innerhalb der existenzialistischen Bewegung entstand: In einer Situation tiefer Verunsicherung der Existenz durch den zweiten Weltkrieg, durch den Holocaust und durch die damit einhergehenden Traumata schrieb sie 1947 den Essay »Pour une morale de l'ambiguïté«. Menschlich zu existieren, bedeutet, so Beauvoir in diesem dichten Text, in einer Spannung zu leben, die sich in verschiedenen Existenzzusammenhängen zeigt: etwa zwischen der reinen Innerlichkeit und Subjektivität, die frei ist und von keiner externen Macht ergriffen werden kann, und dem Dingsein, das vom Gewicht der anderen Dinge erdrückt werden kann. Menschen sind frei, indem ihnen kein Gott Grenzen setzt. Und sie sind unfrei zugleich, weil sie in ihrer Freiheit auf andere angewiesen sind. Menschen sind immer Subjekte und Objekte. Handlungen oszillieren zwischen Mittel und Zweck, die sie beide sind. Diese verschiedenen Spannungen der Ambiguität sind nicht absurd; sie sollten Beauvoirs Ansicht nach ausgehalten und nicht zugunsten der einen oder der anderen Seite verdeckt werden. Im ersten Kapitel findet sich ein Satz, der sich auf den Wunsch zu sein, den Wunsch zu leben bezieht:

La conversion existentialiste doit être rapprochée plutôt de la réduction husserlienne: que l'homme »mette entre parenthèses« sa volonté d'être et le voilà ramené à la conscience de sa vraie condition. (Beauvoir 1947: 19; vgl. Ledwina 2018; vgl. Lundgren-Gothlin 1997).

Ich übersetze den Satz so: »Die existenzialistische Wende muss am ehesten mit der Husserlschen Reduktion verglichen werden: dass der Mensch seinen Daseinswillen »einklammere« und er damit zum Bewusstsein seiner wahren Bedingungen zurückgeführt werde.« Die Erkenntnis der Bedingungen der menschlichen Existenz kann sich nur dann authentisch einstellen, wenn man nicht von wertenden Vorurteilen ausgeht, dass es einen Lebenswillen gibt, dass die Existenz gut gemeint ist und so weiter. Für den ethischen Kontext des assistierten Sterbens könnte dies so interpretiert werden: Ein Wille zur Existenz kann nicht allgemein vorausgesetzt werden. Sein ist nicht immer besser als nicht zu sein. Ob es besser ist, erweist sich, oder es erweist sich nicht. Der Vergleich mit dem Nichtsein ist freilich nicht so zu verstehen, dass wir uns dazu vorstellen müssten, wie sich das Nichtsein »anfühlt«. Denn damit sich überhaupt etwas irgendwie anfühlen kann, muss ich ja sein. Die Vorstellung von Nichtexistenz bezieht sich auf die Existenz selbst; ein Wunsch nach Nicht-mehr-Sein ist ein Urteil über das Sein.

Die Antworten auf die Fragen nach dem Sinn des menschlichen Lebens sind manchmal äußerst komplex. Erst dann, wenn wir die dogmatische Prämisse fallen lassen, dass Existenz im Grunde immer gewollt (oder gesollt) ist, wird die komplexe Bedeutung des Existierens in ihrem vollen Umfang erfahrbare. So lese ich Beauvoirs Satz. Erst wenn wir nicht von der Annahme ausgehen, dass wir als Menschen in allen Situationen eigentlich immer weiterleben wollen, dass das Leben immer besser wird, wenn es länger dauert, und dass deshalb jede Abkürzung eine Schädigung dieses Lebens darstellt, wird offenbar, welche Vielschichtigkeit und Vieldeutigkeit das Dasein in einer bestimmten Situation tatsächlich aufweisen kann.

Im Werk von Simone de Beauvoir findet sich keine explizite Ethik des assistierten Suizids. Ihre Philosophie der Ambiguität hat aber wichtige Implikationen für eine sol-

che Ethik, die ich in diesem Beitrag entwickeln möchte. Meine These ist: Wenn wir die Situation von Menschen verstehen wollen, die nicht mehr leben möchten und Hilfe suchen, um ihrem Leben sicher und ohne Schaden für andere ein Ende zu setzen, müssen wir zulassen, dass diese Existenz, die sie verabschieden, beziehungsweise aus der sie entfliehen wollen, für sie selbst in dieser Situation mehrdeutig ist.

Ich gehe damit in einer Hinsicht weiter als Beauvoir: Die Eindeutigkeit wird nicht immer zu einer Zweideutigkeit hin überschritten, sondern (möglicherweise) sogar zu einer Mehrdeutigkeit. Das Gegenteil von Eindeutigkeit ist, wie ich behaupten möchte, nicht unbedingt die Zweideutigkeit. Wenn etwas im Leben nicht eindeutig sein muss, dann kann es auch mehrdeutig sein. In bestimmten Zusammenhängen zeigen sich aber tatsächlich Zweideutigkeiten. Beauvoir suchte ganz deutlich nach bipolaren Ambiguitäten und wies sie auf, etwa die zwischen Freiheit und Unfreiheit, zwischen Subjekt und Objekt und so weiter. Aber wenn die Eindeutigkeit des Lebenswillens nicht vorausgesetzt wird, wenn nach der Bedeutung des Lebens- und Sterbewillens für eine konkrete Person gefragt wird, sind möglicherweise mehr als zwei Bedeutungen im Spiel. Aus dieser These ergibt sich auch das Postulat einer Mehrdeutigkeit der Sterbewünsche im Allgemeinen sowie das Postulat ihrer Ambivalenz. Sterben beziehungsweise Leben ist mehrwertig; Entscheidungen in diesem Zusammenhang sind, wie man sagt, moralisch »ambivalent«.

Ich möchte vorausschicken, dass es ein Missverständnis wäre zu meinen, Sterbewünsche seien deshalb mehrdeutig, weil der Tod, auf den sie gerichtet sind, undeutbar sei. Über die Bedeutungen des Todes müssen wir hier gar nicht spekulieren, denn es ist schon die Existenz, aus der heraus ein Todeswunsch aufsteigt, die Sterbewünsche mehrdeutig macht. Was ist der Tod? Das ist eine gute Frage. In erster Linie spiegelt er dieses Leben, das in ihm zum Ende kommt, das nicht immer gewollt werden kann. In solchen Situationen ist nicht der allgemeine Tod gemeint als metaphysische Figur, sondern konkret das Ende dieses Lebens, welches ein Ich, das auch ein Du ist, gelebt hat.¹

Sterbewünsche sind immer ein Teil des Lebens. Auch wenn sie sich auf den Tod richten, gehören sie nicht auf seine Seite. Sie sind vielmehr immer noch – und eindeutig – Teil der Lebendigkeit von Menschen, die sich in ihrer Situation nicht gut, nicht sicher fühlen – vielleicht, weil sie sehen, dass sich ihr Leben dem Ende nähert und dieses Ende mit zunehmendem Leiden verbunden ist, das sie nicht erleben möchten. Der Appell zur Abkehr von der vermeintlichen Sicherheit, dass die Existenz immer gewollt sei, zum Zulassen der Ambiguität dieses Existierens, ist eine Aufforderung zur Erkundung dieser Lebensbedingungen, ohne dabei vom Vorurteil behindert zu werden, dass es immer besser sei, zu sein als nicht zu sein, und dass Menschen eigentlich immer leben wollen. Wenn wir Beauvoirs Gedanken folgen und sie im Hinblick auf diese Problematik interpretieren, können wir hoffen, dass so vielleicht eine Ethik der Sterbewünsche und entsprechend eine Ethik des assistierten Suizids möglich wird, die von der konkreten Existenz der Menschen ausgeht, die nach Hilfe zum Suizid suchen.

Ich möchte nun diesen Gedanken in drei Richtungen ausführen. Zuerst verfolge ich die Spur einen Schritt weiter, die durch Beauvoirs Begriff der Ambiguität angelegt ist.

1 Die Ontologie des Todes fasse ich deshalb als Abschied: aus den Beziehungen heraus, die das Leben ausmachen (vgl. Rehmann-Sutter 2018).

Die Doppel- oder Mehrdeutigkeit liegt auf der Ebene von Sinn und Sinnverständnis. Mit Roland Kipke werde ich die Einschränkung der Ethik auf Autonomie-Argumente kritisieren, aber gleichzeitig – in diesem Punkt mit Beauvoir und gegen Kipke – an der Mehrdeutigkeit der Handlung »Suizid« festhalten. Das hat, wie ich ausführen möchte, Konsequenzen für die Ethik der Pflege- und Fürsorgebeziehungen (Care-Ethik). Ein weiterer Abschnitt ist der Deutung von Sterbewünschen gewidmet: Sie können auch missverstanden werden. Was ist aber das mögliche Missverständnis? Dabei werde ich aus dem Fundus einer gemeinsam mit Heike Gudat, Kathrin Ohnsorge und anderen im Raum Basel durchgeführten Interviewstudie schöpfen (vgl. Ohnsorge et al. 2019). Im letzten Abschnitt stelle ich dann eine Überlegung dar, die sich auf die emergente soziale Praxis der Suizidhilfe in unseren drei deutschsprachigen Ländern bezieht, über die wir in diesem Buch sprechen. Die Frage stellt sich, wie assistierter Suizid Teil einer guten Abschieds- und Trauerkultur werden kann.

Sinn im Leben ist intersubjektiv

In einer Reihe von wichtigen Beiträgen hat Roland Kipke aufgezeigt, wie die ethischen Fragen um assistierten Suizid den Sinn im Leben betreffen. Mit dem Begriff »Sinn« meint Kipke weder den letzten Zweck des menschlichen Lebens in kosmologischer Perspektive, noch die Frage, ob ein Leben in einem gegebenen Moment subjektiv als sinnvoll oder sinnlos erlebt wird. Gemeint ist der Sinn im Leben als etwas, das den Moment überschreitet, aber sich dennoch zwischen Personen unterscheiden kann. Ein Lebensverlauf kann als mehr oder weniger »sinnvoll« erlebt werden (vgl. Kipke 2021).

Kipke adressiert mit seinem Sinnbegriff die Ebene der Intersubjektivität, das heißt der Abhängigkeit von Menschen, die immer in Beziehungen leben. Dies zeigt sich deutlich in seiner zentralen These: In unserer Orientierung am Ideal eines sinnvollen Lebens sind wir aufeinander als Sinnquellen bezogen und auf die Sinnbejahung durch andere Menschen angewiesen. Deshalb betrifft die Sinnverneinung eines Menschen, der Suizid begeht, nicht diesen allein, sondern uns alle (vgl. Kipke 2021: 522).

In der Sinnhaftigkeit des Lebens sind wir immer auf andere Menschen angewiesen. Jede Person ist in einer sinnkonstitutiven Weise mit anderen verbunden, und zwar in dreierlei Hinsicht »erstens [als] Träger einer grundsätzlichen gemeinsamen Sinnperspektive, auf die sich ein jeder Sinnsuchender implizit bezieht; zweitens [als] eine mögliche Sinnquelle anderer Menschen; sowie drittens selbst [als] mögliche Sinnstifterin.« (ebd.: 529) Wir können den Sinn in unserem Leben nicht allein und aus uns selbst heraus produzieren, sondern wir sind darin von Beziehungen zu anderen abhängig, genauer von einer sinnstiftenden Präsenz dieser anderen. Kipke bezieht sich dabei unter anderem auf Susan Wolf, Samuel Scheffler und auf die Autor*innen der Care-Ethik.

Die von Kipke vorgelegte Analyse der Sinnkonstitution ist verwandt mit dem Gedanken zur Rechtfertigung der eigenen Existenz, den Beauvoir in ihrem Essay zur Ambiguität formulierte: »L'homme ne peut trouver que dans l'existence des autres hommes une justification de sa propre existence.« (Beauvoir, 1947: 91) – »Der Mensch kann eine Rechtfertigung seiner eigenen Existenz nur in der Existenz der anderen Menschen finden.« Die Existenz ist nicht aus sich selbst bereits gerechtfertigt. Es gibt Momente, in denen

Menschen dies akut spüren. Die sinnbezogene Abhängigkeit findet sich auch in Beauvoirs zentraler Einsicht, dass unsere Freiheit als Menschen nur möglich ist, wenn die anderen frei sind: »l'existence de l'autrui en tant que liberté définit ma situation et elle est même la condition de ma propre liberté« (ebd.: 113).

Wenn sich die biomedizinische Ethik im Stil der liberal-individualistischen Schule vor allem auf die Autonomie der Entscheidungen fokussiert, auf die Bedingungen möglicher Selbstbestimmung und auf Freiheitsrechte, so übersieht sie diesen gewichtigen Aspekt. Daraus lässt sich, wie Kipke in meinen Augen sehr überzeugend darlegt, eine Sorge formulieren, die zu einer gewissen Skepsis gegenüber einer allzu naiven Gutheißung des assistierten Suizids führt. Ist es wirklich empfehlenswert, in einer Gesellschaft den Suizid als einen bevorzugten Weg des Sterbens zu akzeptieren? Bevor man zu dieser Frage ja sagt, sollten wir untersuchen, wie durch eine kollektive Affirmation des assistierten Suizids der kollektiv generierte Sinn im Lebens betroffen ist, aus dem heraus wir alle leben, auch dann, wenn wir nicht immer ans Sterben denken und unsere Existenz selten rechtfertigen.

Ich möchte Roland Kipke aber in der Eindeutigkeit seiner Deutung des assistierten Suizids als »sinnverneinende Geste« widersprechen. Ein Suizid, auch ein Suizid, der nur möglich ist mit der Beihilfe anderer, sei, so Kipke, »ein Ausdruck einer endgültigen Verneinung von Sinn« (Kipke 2021: 530). Diese Deutung ist in meinen Augen zu eindimensional, zu »eindeutig« und pauschal. Sie ist zu wenig offen für die Komplexität von Lebensgeschichten. Es mag für einige (assistierte) Suizide zutreffen, aber bestimmt nicht für alle. Bei einem assistierten Suizid, wenn er aus einer Situation unerträglichen Leidens erfolgt, ob das physisches, psychisches oder existenzielles Leiden ist, ist es schwer zu sehen, welche Sinnverneinung in der Beendigung des Lebens, das seinen Sinn ja bereits (trotz aller Ambiguität) überwiegend verloren hat, noch liegen soll. Für meine Kritik sehe ich auch einen logischen Grund: Damit der Suizidcharakter des Handlungszusammenhangs, den wir »assistierten Suizid« nennen und der juristisch so klassifiziert wird, eine sinnverneinende Geste sein kann, muss das Leben im Moment seiner Beendigung sinnvoll gewesen sein. Um sinnverneinend zu sein, müsste ein Leben weggeworfen werden, das absehbar noch hätte sinnvoll weitergeführt werden können oder das wieder hätte sinnvoll werden können. Dann könnte ich der Diagnose zustimmen, dass der Suizid darin besteht, sich selbst zu vernichten und den Sinn zu negieren.

Dem muss aber nicht immer so sein. Ein selbstbestimmtes Lebensende, auch wenn es den Weg des Suizids geht, muss nicht sinnverneinend sein. Der wichtigste Grund dafür ist, dass die Existenz von Menschen grundsätzlich von Endlichkeit markiert ist und dass deshalb der Tod, wenn er aus dem Leben wächst, nicht unser Feind sein muss. Am Lebensende, das irgendwann ja kommen muss, sind wir nicht verletzbar durch den Tod selbst, sondern durch Dinge, die in Verbindung mit dem Sterben mit einem geschehen können. Anders ein gewaltsamer Tod. Er ist ein Tod, der Leben bedroht, das sinnvoll weiter gelebt werden möchte, der deshalb unrecht ist. Wenn wir sagen, dass jemand von einem »zu frühen Tod« ereilt wird, sagen wir damit, dass dieses Leben hätte sinnvoll weiter gelebt werden können (vgl. Rehmann-Sutter 2022). Aber ein Sterben kann auch gut sein. Das zu erkennen, hilft den Angehörigen beim Abschied und in ihrer Trauer. Ich vermag nicht zu sehen, dass bei sorgfältiger Abklärung und Vorbereitung mit Einbezug der Angehörigen die Tatsache des Suizids in jedem Fall aus einem möglicherweise auch gu-

ten Sterben einen Akt der Selbstvernichtung (»Selbstmord«) und Sinnverneinung macht. Wenn das Leben zu Ende gehen muss, und dann der Weg des assistierten Suizids gewählt wird, weil er aus Sicht der Sterbenden der beste Weg ist, und weil er aus der Sicht der Gesellschaft zum Bereich der akzeptierten Handlungen am Lebensende gehört, ist deshalb aus meiner Sicht die Beschreibung als »Sinnverneinung« ungerechtfertigt.

Um das zu verteidigen, möchte ich aber nicht ins Gegenteil verfallen und die assistierten Suizide als »Freitod« glorifizieren. Denn das kann auch schnell auf eine Ideologie hinauslaufen, die ich in gewissen Parolen von einem sogenannten »Altersfreitod« befürchte. Als ob die Selbstbestimmung dem Tod seinen Stachel nehmen könnte! Das Ideologische dabei ist, dass man behauptet, die Betonung der Freiheit verleihe dem Akt der Lebensbeendigung einen Sinn. Das ist vielleicht eine verlockende Vorstellung. Sie ist aber trügerisch, weil sich durch diese Freiheit, die als solche in der Tat sinnerfüllt sein kann, nicht in jedem Fall der Sinn des zu Ende gehenden Lebens zurückgewinnen lässt, also des Lebens, das sich in der Bilanz als nicht mehr gewünscht erweist. Es kommt vielmehr gerade auf die Ambiguität dieser Existenz an.

Ich fasse mein Argument zusammen: Dass der Suizid immer eine sinnverneinende Geste ist, setzt voraus, dass die Existenz, die er aufhebt, voll von Sinn ist. Und es wird behauptet, der Suizid sei eindeutig sinnverneinend. Die Antithese ist nicht, dass die Existenz für die Betroffenen ohne Sinn wäre und dass deshalb die Geste des Suizids ein sinnerfüllter Akt der Freiheit sei. Die Antithese, die mir viel plausibler erscheint und die ich deshalb verteidige, ist vielmehr die, dass das Leben, das nicht mehr weitergeführt werden soll, in einer solchen Art und Weise und in einem so erheblichen Maß vieldeutig ist, dass sich ein starker Sterbewunsch einstellt. Entsprechend werden auch die Handlungen vieldeutig, die am Lebensende im Rahmen der Rechtsordnung vollzogen werden, die den assistierten Suizid als eine legale Möglichkeit des assistierten Sterbens vorsieht. Je nach Lebenssituation können dann auch andere Wege möglich sein, die juristisch als passive oder indirekte Sterbehilfe klassifiziert werden.

Diese Überlegung bezieht sich im Übrigen nicht nur auf den assistierten Suizid, sondern grundsätzlich auch auf den Suizid als solchen, also auf den selbst gewählten Tod. Er wird in bestimmten Fällen zu Unrecht stigmatisiert.² Auch nicht jeder (nicht assistierte) Suizid ist ein Selbstmord im Sinn der Sinnverneinung.

Um Missverständnissen vorzubeugen, ist eine Bemerkung zur Suizidprävention notwendig. Die Suizidprävention halte ich aus zwei Gründen für gerechtfertigt, ja sogar für eine ethische Pflicht. Erstens weil die Umstehenden über die genauen Hintergründe meistens nichts wissen können. Zweitens erfolgt nachweislich der überwiegende Teil der Suizidversuche aus einer Krise heraus und ein bewahrtes oder zurückgewonnenes Leben kann möglicherweise wieder besser werden.

Wie Kipke sehe ich eine moralische Konfliktrichtigkeit des assistierten Suizids, die zur Sorgfalt und auch zur Vorsicht im Umgang mit dem »sicheren und schmerzfreien Tod« aufruft, den die Sterbehilfeorganisationen anbieten. Das deutsche Bundesver-

2 Vgl. etwa den eindrucksvollen Film »O Dia de Desespero« von Manoel de Oliveira (Portugal 1992) über den portugiesischen Dichter Camillo Castelo Branco, der sich 1890 nach Erblindung das Leben nahm. Seit seiner Jugend lebte er in tiefer Melancholie und schrieb, dass er nur den Mut nicht habe, sich umzubringen.

fassungsgericht und entsprechend auch der österreichische Verfassungsgerichtshof haben in ihren Entscheidungen zu Recht den Aspekt der Selbstbestimmungsrechte betont. Es gibt ein Grundrecht auf Selbstbestimmung der Umstände des eigenen Todes. In der Schweiz wird mit dem Art. 115 StGB aber eher der Fürsorgeaspekt betont: Sterbewillige, die zum Vollzug eines Suizidvorhabens Hilfe suchen, sind grundsätzlich in Bezug auf die Eigeninteressen der Helfer*innen vulnerabel. Deshalb heißt es im Gesetz, dass die Beihilfe zum Suizid nur dann nicht strafbar ist, wenn sie nicht aus eigennützigen Beweggründen erfolgt. Mit den Positionspapieren der Schweizerischen Nationalen Ethikkommission argumentiere ich deshalb für zwei Pole in der Ethik des assistierten Suizids: Die Selbstbestimmung und die Fürsorge. Es gibt eine berechtigte Sorge gegenüber der Ausbreitung der Praxis des assistierten Suizids. Ich möchte sie aber so wenden, dass es in dieser Sorge in erster Linie um die Gewährleistung der Sorgfalt in der Abklärung von Suizidhelfewünschen geht. Für die Gespräche bei der Abklärung – aus Sorge für den betroffenen Menschen – ist der Aspekt des Lebenssinns wesentlich, mit den Widersprüchen und Mehrdeutigkeiten, die sich dabei zeigen und sich nicht alle auflösen lassen.

Sind Sterbewünsche eindeutig?

Wie sich mit empirischen Studien gut belegen lässt, sind Sterbewünsche nicht immer eindeutig. Es gibt zwei Ebenen, auf denen sie mehrdeutig sein können. Die erste Ebene ist die Ausrichtung des Wunschkomplexes, in dem eine Äußerung wie: »Ich möchte nur noch sterben« steht. Einige Menschen, die Sterbewünsche äußern, haben auch Lebenswünsche, die vielleicht im Moment sogar noch überwiegen. Andere äußern Sterbewünsche und rufen damit eigentlich um Hilfe oder nach Zuwendung. Missverständnisse auf dieser Ebene können in der Tat fatal sein. Davon handelt das Gedicht von Stevie Smith »Not Waving But Drowning« (Smith 1985: 303):

Nobody heard him, the dead man,
But still he lay moaning:
I was much further out than you thought
And not waving but drowning.

Poor chap, he always loved larking
And now he's dead
It must have been too cold for him his heart gave way,
They said.

Oh, no no no, it was too cold always
(Still the dead one lay moaning)
I was much too far out all my life
And not waving but drowning.

Die erste Strophe beginnt mit einer empörenden Feststellung. Niemand hat ihn gehört, diesen Mann. Nun ist er tot! In der Imagination erklärt er uns, dass er viel weiter draußen auf dem Wasser war, als wir gedacht hatten. Und er winkte nicht, sondern war am

Ertrinken. Die medizinische Erklärung seines Todes ist offensichtlich unzureichend. Sie sagen, sein Herz habe versagt. Der Tote entgegnet, dass er in seinem ganzen Leben immer zu weit draußen war, dass man ihn nie hörte oder seine Zeichen missverstand. Er war immer schon am Ertrinken. Und keiner hat es gemerkt.

Eine der ersten qualitativen Studien zu Sterbewünschen von palliativ versorgten Patient*innen (»desires for hastened death«) mit einem hermeneutisch-phänomenologischen Ansatz wurde 2004 von den beiden US-amerikanischen Pflegefachleuten Nessa Coyle und Lois Sculco publiziert (Coyle/Sculco 2004). An sieben mittels ausführlicher Interviews erhobenen Patientenbeispielen aus der Onkologie konnten sie aufzeigen, welche unterschiedlichen Bedeutungsmuster sich in Wünschen zur Beschleunigung des Todes zeigen können. Das erste Bedeutungsmuster nannten sie »a manifestation of the will to live«. Das weckt Verwunderung. Wie kann jemand einen Lebenswunsch so äußern, dass er sich in einem Wunsch nach beschleunigtem Sterben manifestiert? Die Autorinnen geben Zitate aus den Interviews, in denen deutlich wird, dass der Wunsch zu sterben nicht alleine steht. Eine interviewte Person betonte zum Beispiel, dass sie trotz ihres Sterbewunsches weiterhin die Dinge tue, die Lebende tun; sie gehe sogar zur Strahlentherapie. Andere beschrieben, wie sie die verbliebenen Aspekte des Lebens schätzten, zum Beispiel mit ihrer Familie zu sein. Dies gebe ihnen Kraft, weiterhin in kleinen Schritten auf das Weiterführen ihres Lebens zu drängen. Diese Patient*innen wollten trotz ihres Sterbewunsches leben. Ein zweites Bedeutungsmuster, das nicht primär auf den Tod hin gerichtet ist, charakterisierten Coyle und Sculco als einen Wunsch, auf sich als einzigartiges Individuum aufmerksam zu machen. Ein drittes war, andere von der Bürde zu entlasten, die sie selbst für sie darstellten. Ein viertes Bedeutungsmuster war der Hilferuf: »A despairing cry depicting the misery of the current situation« – eine Klage, die ans Universum, an Gott oder an die Pflegenden und Ärzt*innen gerichtet sein konnte.

In unserer eigenen Studie zu Sterbewünschen palliativ versorgter Patient*innen, die neben Krebspatient*innen auch andere Krankheitsgruppen einschloss – neuromuskuläre Krankheiten, Organversagen und hohes Alter – haben sich in den Erklärungen von Patient*innen, die das Sterben wünschten, diese Bedeutungsmuster alle auch gefunden. Sie erwecken für Behandelnde oftmals den Eindruck einer »Ambivalenz« ihrer Patient*innen. Diese werten ihr Leben nicht nur negativ, sondern auch positiv. Sie haben unterschiedliche Teilwünsche, die sich zum Teil widersprechen. Entsprechend entstehen Unsicherheiten und ethische Konflikte bei Behandlungsentscheidungen (vgl. Ohn-sorge et al. 2012).

Weil wir in der Basler Sterbewunschstudie jeweils zusätzlich zum Patient*inneninterview auch Interviews mit Pflegepersonen, Ärzt*innen und möglichst auch An- oder Zugehörigen geführt haben, konnten wir die Mehrdeutigkeit von Sterbewünschen aber auch noch auf einer zweiten Ebene nachweisen, nämlich auf der Ebene der Wunschinhalte. Eines der Hauptergebnisse unserer Studie, die mit 62 Patient*innen durchgeführt wurde (insgesamt 248 ausgewertete Interviews) lautet: Die im Sterbewunsch verkörperte Intention, also was jemand genau wünscht, ist unterschiedlich. Einige wünschten, dass das Sterben beschleunigt wird, andere wünschten sich den Tod in einer Weise, die keine Beschleunigung des Sterbens beinhaltet. Diese sahen zum Beispiel einem Sterben, das sie vor sich sahen, positiv entgegen, andere in dieser Gruppe hofften, dass es schnell-

ler geht, aber ohne etwas dazu beitragen zu wollen, damit es schneller geht. Eine dritte Gruppe wünschte nicht nur eine Beschleunigung des Sterbens, sondern war konkret dabei, Maßnahmen in die Wege zu leiten, zum Beispiel indem bewusst lebenserhaltende Behandlungen abgelehnt wurden, damit das Leben schneller zu Ende geht. Wir haben diese Gruppe von Wunschtypen deshalb »Wille zu sterben« genannt. Die Intentionen der Sterbewünsche konnten innerhalb der drei Gruppen noch feiner unterteilt werden, so dass sich für uns aus der Auswertung der Interviews ein Schema von insgesamt 9 Typen ergab (vgl. Ohnsorge et al. 2019; vgl. Rehmann-Sutter et al. 2015).

Alle diese Sterbewünsche sind vom Lebenswunsch abzugrenzen, wie auch von der Haltung, die Elisabeth Kübler-Ross bekanntlich die »Akzeptanz« des Sterbens nannte. Bei der Akzeptanz im Sinn von Kübler-Ross wird dem Sterben quasi leidenschaftslos entgegengesehen (vgl. Kübler-Ross 1969). Man ist einverstanden, dass der Tod jetzt kommt. Die Akzeptanz beinhaltet aber – im Unterschied zu den Sterbewünschen – keine Hoffnung, dass der Tod kommen möge, auf den sich der Sterbewunsch in unserer Definition immer bezieht. Wünsche sind hingegen immer durch eine Hoffnung ausgezeichnet, die sich auf etwas richtet, das gewünscht wird.

Weil es nicht möglich ist, aufgrund von wenigen Aussagen der Patient*innen zu erkennen, welche Wunschintention sie haben, drohen Missverständnisse. Nur eingehendere und ausführlichere Gespräche mit den Menschen, die diese Wünsche äußern, können zeigen, was Menschen genau wünschen, die Dinge sagen wie »ich möchte sterben« oder »ich hoffe, dass mich der Engel bald holt«. Wie wir gesehen haben, gibt es sehr unterschiedliche Weisen, sich in einem Sterbewunsch auf den Tod zu beziehen. Um diese Gespräche führen zu können, sind Erfahrungen und Kenntnisse notwendig, zu denen solche Studien hoffentlich beitragen können.

Für die Ethik des assistierten Suizids ergibt sich eine wichtige Konsequenz. Wenn jemand in einer Lebenssituation ist, in der sich von außen nachvollziehbare Gründe erkennen lassen, dass das Leben nicht mehr gut ist und wenn dann diese Person den Wunsch äußert, dass sie »gehen möchte«, ist das nicht eindeutig das Zeichen, dass die Person diese Situation, das heißt ihr Leben, nun beenden möchte. Es ist vielmehr zunächst als Appell aufzufassen, sich zu kümmern und ins Gespräch zu treten.

Ich möchte es noch deutlicher sagen: Die Äußerung ist ein sprachliches Zeichen, das Unterschiedliches bedeuten kann. Die Person möchte verstanden werden. Sie kann nicht in wenigen Worten sagen, was sie genau meint und wie sie es genau meint. Daraus ist der moralische Appell zu verstehen, der von einer Sterbewunschäußerung ausgeht. Es wäre ebenso falsch wegzuhören, wie es auch falsch wäre, sofort Alarm zu schlagen oder die Äußerung von Sterbewünschen, die ja auch bei bester Palliativversorgung auftreten, als Quittung für eine mangelhafte Versorgung zu verstehen oder einfach nur als Kritik an der Pflegesituation aufzufassen. Solche Elemente können sich in der Tat darin finden, das muss aber ein eingehendes Gespräch ergeben. Weil Sterbewünsche komplex, dynamisch und mehrdeutig sind, wäre es deshalb auch falsch, die Äußerung des Sterbewunsches schon als Aufforderung zu verstehen, Sterbehilfe oder Suizidhilfe zu leisten. Denn das würde der Person und ihrer Situation nicht gerecht. In erster Linie ist die Äußerung eines Sterbewunsches ein Appell zu einer sorgenden und aufmerksamen Zuwendung mit aufrichtigem Interesse, die Wünsche zu verstehen. In einigen Fällen kann sich dann nach diesem Prozess der Abklärung eine Form von legaler Sterbehilfe (passiv oder/und

indirekt), die Hilfe zum Suizid oder die Begleitung durch eine Sterbehilfeorganisation als vertretbar und richtig erweisen.

Assistierter Suizid als Teil der Abschiedskultur?

Die Legalisierung des assistierten Suizids, wie sie in Österreich im Jahr 2022 und in Deutschland schon zwei Jahre früher 2020 erfolgt ist, hat unbestreitbar gesellschaftliche Veränderungen zur Folge. Sie verändert die Art und Weise, wie in der Gesellschaft mit dem Sterben umgegangen wird. Die Zugänglichkeit dieser neuen Option hat Auswirkungen auf die Überlegungen vieler Menschen am Lebensende, auch wenn weit weniger Menschen sie für sich schließlich in Anspruch nehmen. Es verändert die Möglichkeiten, wie man in diesen Ländern sterben kann. Die drei Länder unterscheiden sich aber nicht nur hinsichtlich ihrer Rechtsgeschichte, sondern auch in vielerlei anderen Hinsichten. Österreich hat im Moment die detaillierteste Regelung, als einziges der drei Länder mit einem eigens dafür konzipierten Gesetz. In der viersprachigen Schweiz erfolgte die Veränderung »von unten«, als in den frühen 1980er Jahren Sterbehilfeorganisationen damit begannen, auf der Grundlage eines nicht zu diesem Zweck formulierten Gesetzes, nämlich des viel älteren Art. 115 StGB, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Alle Versuche, diese Praxis durch Spezialgesetze zu regeln, auch um die Sorgfalt bei der Abklärung sicherzustellen, sind bisher politisch gescheitert. Deutschland ist auf dem Weg zu einem Spezialgesetz, hat aber bisher noch keine mehrheitsfähige Formulierung gefunden, die den verschiedenen betreffenden Anliegen und gleichzeitig auch dem höchstrichterlich nachgewiesenen und im Grundgesetz implizit enthaltenen Recht, im Sterben die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen, Genüge tut.

Aus ethischer Sicht sind dabei eine Reihe von Fragen wichtig. Es geht nicht nur darum, zu klären, aus welchen Gründen das Recht, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen und zu leisten, grundsätzlich zu rechtfertigen ist. Eine erste normative Frage ist die, wie weit dieses Recht reicht. Wird es im Rahmen der sich entwickelnden Praxis tatsächlich zu einem Anspruchsrecht, oder bleibt es ein Freiheitsrecht? Diese Frage stellt sich konkret so: Kann eine suizidwillige Person den Anspruch auf Hilfe beim Suizid durch bestimmte Personen oder Institutionen durchsetzen? Oder beinhaltet das Recht, dass eine freiwillige Hilfe zum Suizid in Anspruch genommen werden darf, wobei die helfende Person sich auf ein Recht berufen kann, diese Hilfe zu leisten, sofern bestimmte Sorgfaltskriterien erfüllt sind?

Es ist hier nicht der Ort, die Argumente für diese beiden möglichen Positionen im Detail zu diskutieren. Mir scheint das Verständnis des Rechts auf Hilfe zum Suizid als Freiheitsrecht ethisch besser begründbar, weil ein Anspruchsrecht die Selbstbestimmung möglicher Hilfspersonen in einem für sie existenziell wichtigen Bereich erheblich einschränken würde (vgl. Birnbacher 2022; vgl. Schaber 2017). Sowohl in Österreich als auch in der Schweiz gestaltet sich die Praxis heute so, dass sie einem Freiheitsrecht entspricht. Es gibt für Institutionen (Heime, Krankenhäuser) die Möglichkeit, die Durchführung von assistiertem Suizid in ihren Räumen zuzulassen oder abzulehnen. Und es gibt einen ärztlichen Gewissensvorbehalt. Man darf Menschen nicht verwehren, Hilfe beim Suizid in Anspruch zu nehmen, und man darf sie nicht daran hindern, eine

solche Hilfe zu leisten, aber die Bitte nach Suizidhilfe löst auch keine Pflicht aus, diese auch zu leisten.

Auch wenn es bei diesem Rechtsverständnis bleibt, dass das Recht auf Hilfe zum Suizid ein Freiheitsrecht ist, ergeben sich in der Praxis für diejenigen, die Suizidhilfe leisten können, eine Reihe von Sorgfaltspflichten. Sie betreffen alle, die über die Möglichkeiten verfügen, Suizidhilfe zu leisten. Am deutlichsten wird die Dringlichkeit der Beachtung von Sorgfaltsregeln bei Sterbehilfeorganisationen. Aus folgendem Grund: Es macht für Menschen, die sich in einer Notlage befinden oder eine solche befürchten, einen deutlichen Unterschied, ob sie darauf hoffen können, mit Hilfe einer mit Mitteln, Know-how und Erfahrung ausgestatteten Organisation, die dafür bereit steht und die man anrufen kann, aus ihrem Leben einen Notausgang zu finden. Organisationen versprechen einen (1) sicheren, (2) schmerzlosen und (3) im Kreis der An- und Zugehörigen abgestimmten Tod, der (4) weder für Helfende noch für Angehörige belastende Schuldgefühle hinterlassen muss. Für Menschen mit suizidalen Gedanken und für Menschen in einer krankheitsbedingten und nicht mehr überwindbaren Not verändert sich ihre Situation erheblich, wenn sie wissen, dass es eine solche Organisation gibt, die ihnen tatsächlich helfen könnte, ihr Leben sicher und schmerzlos zu beenden, ohne dass es zu Konflikten mit den wichtigsten anderen Menschen kommen muss.

Sorgfaltskriterien bei der Umsetzung von Aufträgen zur Suizidhilfe betreffen aber nicht nur die Organisation alleine, sondern auch diejenigen, die Einfluss auf die Lebensbedingungen und die Versorgungslage der Person haben. Sie betreffen selbstverständlich auch Einzelne, die in ihrer Rolle als behandelnde Ärzt*innen, als Angehörige oder als Freund*innen Beihilfe zum Suizid leisten könnten. Sorgfaltskriterien bei der Abklärung umfassen unter anderem die Qualität der Gespräche (um den Sterbewunsch zu verstehen), das Anbieten und auch das Ermöglichen von alternativen Hilfsoptionen für die Weiterführung des Lebens sowie die Prüfung der Urteilsfähigkeit und der freien Selbstbestimmung. Letztere muss über das Aufklären und das Leisten einer Unterschrift hinausreichen (vgl. Schweizerische Nationale Ethikkommission 2005; vgl. dies. 2006).

Es gibt aber noch eine weitere wichtige ethische Frage, die sich hinsichtlich der sozialen Praxis der Suizidhilfe stellt: Welche Kultur des Sterbens entwickelt sich im Umkreis des assistierten Suizids? Wie wird über diese Praxis geredet? Welche Narrative entwickeln sich? Welcher Sinn wird dem assistierten Suizid in den gesellschaftlichen Diskursen zugeschrieben? Wie werden die auftretenden Konflikte typischerweise ausgehandelt? Soziale Praktiken sind grundsätzlich kollektive Phänomene, Aggregate von Handlungen und insofern Teile der Kultur. Es sind hier nicht die einzelnen Handlungen gemeint, auf die sich die Individualethik bezieht, sondern die Art und Weise, wie »man« in einer Gesellschaft bestimmte Dinge tut. Sie bestehen immer aus eingespielten Handlungsweisen, entsprechenden sozialen Normen und aus typischerweise dazu benutzten Beschreibungen, Bildern und Deutungen – kurz aus »doings and sayings«, wie es der Soziologe Theodore Schatzki ausdrückte (Schatzki 1996).

Eine Ethik der sozialen Praxis des assistierten Sterbens muss zum Thema machen, wie Erinnerung und Andenken im Kontext des assistierten Suizids gelebt werden. Wenn die Gesellschaft es zulässt, dass assistierter Suizid zu den achtenswerten Sterbeweisen gehört, darf es nicht nur um den Respekt für die Autonomie der Sterbenden gehen, sondern auch darum, wie sie in Fällen von assistiertem Suizid von ihren Hinterbliebenen aus

dem Leben verabschiedet und betrauert werden können und wie sie in Erinnerung bleiben. Eine intergenerationelle ethische Perspektive ist dazu notwendig. Die Frage, was nach dem Tod ist, ist nicht nur eine metaphysische Frage, sondern zunächst konkret und diesseitig, nämlich die Frage nach der Abschieds- und Trauerkultur. Was bleibt zurück? Nicht die Grabmale und Mausoleen meine ich an dieser Stelle, sondern in erster Linie die Narrative, die um assistierten Suizid entstehen. Wie erinnert man sich an Vorfahren, die durch assistierten Suizid gestorben sind? Wie gedenkt man ihrer?

Ein zentrales Thema wird die Frage sein, welches Gewicht und welche Bedeutung dem Element des Suizids gegeben wird. Beerdigungen von Menschen, die Suizid begangen haben, stellen ja für Seelsorgende wie auch für die Angehörigen immer eine besondere Herausforderung dar, denn es sind als besonders tragisch oder schockierend empfundene Todesfälle. Wenn dieser Mensch offensichtlich keinen anderen Ausweg mehr gesehen hat, als sich das Leben zu nehmen, sind die Menschen im Umfeld mit harten Fragen konfrontiert: ob sie sich zu wenig oder in der falschen Art um ihn gekümmert haben, ob sie ihn im Stich gelassen, zu lange weggeschaut haben, oder ob es die Möglichkeit gegeben hätte, dem tragischen Verlauf von Ereignissen eine andere Richtung zu geben. Beim assistierten Suizid (wie auch bei anderen Suiziden) könnte es aber immer auch sein, dass die Ursachen, die zum Tod geführt haben, nicht in der Hand der Person lagen und auch von den anderen nicht direkt oder indirekt hätten verändert werden können. Deshalb wäre es möglich, dass die Entscheidung zum assistierten Suizid eine bestmöglich abgestimmte und selbstbestimmte Form der Reaktion auf ein unerträglich leidvolles und nicht mehr als lebenswert angesehenes Leben ist.

Ich sehe nicht, wie man diesen Menschen eine Pflicht auferlegen und ethisch begründen könnte, das Leben in einer solchen Situation weiterzuleben und das Leiden durchzustehen. Selbstverständlich wurden dafür theologische Gründe vorgebracht. Im Rahmen einer freiheitlichen Rechtsordnung im säkularen Staat sehe ich aber keine Möglichkeit, eine Tragepflicht von subjektiv unerträglichem Leiden zu begründen.

Ob im konkreten Einzelfall der assistierte Suizid als eine bestmöglich abgestimmte und selbstbestimmte Form der Reaktion auf ein unerträglich leidvolles und nicht mehr als lebenswert angesehenes Leben angesehen werden darf, hängt offensichtlich davon ab, wie gut dabei die Sorgfaltskriterien beachtet wurden. Es hängt aber auch davon ab, wie sorgfältig und offen für Bedeutungen der Sterbewunsch und die Sterbebehandlungen gelesen werden. Damit spannt sich der Bogen zurück zur Existenzphilosophie von Simone de Beauvoir: Sind Sterbewunsch und Sterbebehandlungen in einer für Doppel- und Mehrdeutigkeiten genügend offenen Weise gedeutet worden? Ein Problem mit assistiertem Suizid im Rahmen einer guten Sterbekultur ist das Stigma des Suizids. Aus der Suizidforschung ist bekannt, dass Stereotype im Verständnis von Suizid, Vorurteile gegenüber Suizident*innen und Diskriminierung zusammenhängen und je aus verschiedenen Faktoren bestehen.³ Der Suizid im Rahmen einer Praxis des assistierten Suizids sollte offen sein können für andere Deutungen als die Sinnverneinung. Er ist aber auch

3 Corrigan et al. (2017) haben mit Methoden der partizipativen Forschung verschiedene Faktoren gefunden: »three factors for stereotypes (weak, crazy, distressed), two factors for prejudice (fear/distrust, anger), and three for discrimination (avoidance, disdain, coercion)«.

nicht nur von der Selbstbestimmung her zu verstehen, sondern vielmehr in einer Weise, die offen bleibt für die existenziellen Bedeutungen, die für die betroffene Person im Vordergrund standen, samt den Deutungswidersprüchen, die aus Sicht dieser Person wichtig waren.

Wenn sich die Sterbekulturen auf diesem Weg weiterentwickeln, der sich im Moment in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland abzeichnet, ist es in Sorge für die Betroffenen wichtig, tief eingegrabene Vorurteile eines »natürlichen Todes«, die gegen diese Praxis sprechen, zu revidieren. Das verlangt Arbeit an der Enttabuisierung und Entstigmatisierung dieser Form des selbstbestimmten Sterbens.

Literatur

- American Academy of Hospice and Medicine Palliative: »Position statement on physician-assisted death«, in: *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy* 21(4) (2007), S. 55–7.
- Beauvoir, Simone de: *Pour une morale de l'ambiguïté*, Paris: Gallimard 1947.
- Birnbacher, Dieter: »Warum kein Anspruch auf Suizidassistentz?«, in: *Ethik in der Medizin* 34(2) (2022), S. 161–176.
- Corrigan, Patrick W./Sheehan, Lindsay/Al-Khouja, Maya A./Stigma of Suicide Research Team: »Making Sense of the Public Stigma of Suicide. Factor Analyses of Its Stereotypes, Prejudices, and Discriminations«, in: *Crisis* 38/5 (2017), S. 351–359.
- Coyle, Nessa/Sculco, Lois: »Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry«, in: *Oncology Nursing Forum* 31(4) (2004), S. 699–706.
- Kipke, Roland: »Sinnverneinung. Warum der assistierte Suizid uns alle angeht«, in: *Ethik in der Medizin* 33 (2021), S. 521–538.
- Kübler-Ross, Elisabeth: *On Death and Dying. What the Dying have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. 40th Anniversary edition, with an introduction by Allan Kellehear, London/New York: Routledge 1969/2009.
- Ledwina, Anna: »L'ambiguïté de la condition humaine et ses interprétations existentialistes selon Simone de Beauvoir«, in: *Orbis Linguarum* 50 (2018), doi: 10.23817/olin.50-23.
- Lundgren-Gothlin, Eva: »Simone de Beauvoir's Ethics and Its Relation to Current Moral Philosophy«, in: *Simone de Beauvoir Studies* 14 (1997), S. 39–46.
- Ohnsorge, Kathrin/Gudat, Heike R./Widdershoven, Guy A. M./Rehmann-Sutter, Christoph: »Ambivalence« at the end of life: How to understand patients' wishes ethically«, in: *Nursing Ethics* 19 (2012), S. 629–641.
- Ohnsorge, Kathrin/Rehmann-Sutter, Christoph/Streeck, Nina/Gudat, Heike: »Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study«, in: *PLOS One* 14(1) (2019), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210784>.
- Rehmann-Sutter, Christoph/Gudat, Heike/Ohnsorge, Kathrin (Hg.): *The Patient's Wish to Die. Research, Ethics, and Palliative Care*, Oxford: Oxford University Press 2015.

- Rehmann-Sutter, Christoph: »Über die Relationalität des Todes, mit und ohne Prognose«, in: Rehmann-Sutter, Christoph (Hg.): Was uns der Tod bedeutet, Berlin: Kadmos 2018, S. 201–212.
- Rehmann-Sutter, Sind wir verletzbar durch den Tod? In: Michael Coors (Hg.): Morali-sche Dimensionen der Verletzlichkeit des Menschen. Interdisziplinäre Perspektiven auf einen anthropologischen Grundbegriff und seine Relevanz für die Medizinethik, Berlin: De Gruyter 2022, S. 229–248, <https://doi.org/10.1515/9783110734522-011>.
- Schaber, Peter: »Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid«, in: Ethik in der Medizin 29 (2017), S. 97–107.
- Schatzki, Theodore R.: Social practices: A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social, Cambridge: Cambridge University Press 1996.
- Schweizerische Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Stellungnah-men Nr. 9/2005 »Beihilfe zum Suizid«, https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf, abgerufen am 15. Oktober 2023.
- Schweizerische Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Stellungnah-men Nr. 13/2006 »Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe«, https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/Sorgfaltskriterien_d_mit_Datum.pdf, abgerufen am 15. Oktober 2023.
- Smith, Stevie: The Collected Poems of Stevie Smith. London: Penguin 1985.

Theologische Aspekte der Suizidhilfe

Frank Mathwig

1. Einleitung

Ein theologischer Beitrag zur medizinischen Diskussion über Sterbe- und Suizidhilfe versteht sich nicht von selbst. Die global vernetzte Medizin tritt weitgehend interkulturell und religiös neutral auf. Religiöse Motive und Bezüge haben keinen Platz in einer evidenzbasierten Medizin. Gleichzeitig blenden das naturwissenschaftlich geprägte Medizinverständnis und der für das Medizinsystem typische epistemologische Reflexionsfokus die eigenen normativen Hintergründe und Voraussetzungen – die wechselseitige Kontamination von Erkenntnis und Interesse (vgl. Habermas 2001) – weitgehend aus (vgl. Grönemeyer/Kobusch/Schott 2008).

Aus historischer Perspektive weisen Medizin und Heilkunst konstitutiv religiöse – oder allgemeiner: Transzendenzbezüge – auf, die in der Vorstellung von der intrinsischen Verbindung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit zum Ausdruck kommen. Die antike Heilkunst (*iatrike techne*) zielt auf das dynamische Gleichgewicht von Körper und Seele und beruht auf Kunst (*techne*), praktischer Klugheit (*phronesis*) und wissenschaftlicher Erkenntnis (*episteme*). Wissen wird als eine Seelentätigkeit verstanden, die auf die Schau des Ewigen gerichtet ist und auf das Göttliche, das die Menschen in und an sich selbst erkennen (vgl. Beckmann 2021; vgl. Busche 2021). Der Hintergrund macht verständlich, warum Platon die Unwissenheit als größte Krankheit bezeichnet (vgl. Beckmann 2021: 17). Das Christentum transformiert die antiken Vorstellungen in spezifischer Weise. In der mittelalterlichen Theologie begegnet Jesus häufig als »Christus medicus« (vgl. Dörnemann 2013; vgl. Grundmann 2018; vgl. Weber 2013; vgl. Wendtke 2018). Der auch in der Bibel begegnende Titel bezieht sich auf seine Wunderheilungen an Menschen mit physischen und psychischen Krankheiten, die symbolhaft auf das durch seine Person ermöglichte Heil der Erlösung verweisen.

Das spezifische Verhältnis von Heilung und Heil (vgl. Dabrock 2006) prägt das antike Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Medizin. Zwar begegnen bereits dort die heute international einschlägigen bioethischen Prinzipien des Nichtschadens (*non-maleficence* → *nil nocere*) und Wohltuns (*beneficence* → *bonum facere*) (vgl. Beauchamp/Childress 2013). Aber die Kategorien sind in einen ontologischen und anthropologischen Zusammenhang eingebunden, der einer modernen ethischen Perspektive fremd gewor-

den ist. Folgerichtig streicht die moderne Adaption der WMA Declaration of Geneva (World Medical Association 2018) den konstitutiven Götterbezug des Hippokratischen Eides (vgl. Flashar 2016; vgl. Schubert 2010; vgl. Leven 2018). Der Transzendenzbezug der antiken »Standesordnung« wird sachlich ersetzt durch den Immanenzfokus des neuzeitlichen Autonomieprinzips (vgl. Beauchamp/Childress 2013). Aus dem extrinischen telos, das allem Sein seinen Platz in einer umfassenden Ordnung zuweist, wird die intrinsische intentio der mit einem freien Willen ausgestatteten Person. An die Stelle des antiken Krankheitsverständnisses als Irritation der vorgegebenen Ordnung – Augustinus spricht von der Störung des Körperfriedens (vgl. Augustinus 1981: XIII) –, die es zu erkennen gilt, tritt in der Moderne ein funktionaler Krankheitsbegriff, der auf Wiederherstellung, Korrektur oder Kompensation von Normalitätsabweichungen zielt (vgl. Canguilhem 1972). Entscheidend ist der damit verbundene Subjektwechsel: Während die antike Perspektive auf das Einfinden in eine kosmologische Ordnung gerichtet ist, geht es aus neuzeitlicher Sicht um die Konstruktion, Herstellung und Kontrolle eigener Ordnungen.

Diese bloß holzschnittartigen Bemerkungen sind hilfreich, um die Herausforderung durch die Sterbe- und Suizidhilfe zu verstehen. Die bis in die Gegenwart stattfindende Adaption des Hippokratischen Eides (etwa die in der Literatur kontrovers diskutierten Verbote der Sterbehilfe und des Schwangerschaftsabbruchs) haben ihr normatives Fundament eingebüßt. An ihre Stelle treten die ethischen und rechtlichen Konstruktionen positiver – das heißt gesetzter – Ordnungen. Neuzeitliche Ethik erhält eine Kompensationsfunktion in einer Welt, in der Orientierung nicht mehr in vorgegebenen Ordnungen antizipierend gefunden wird, sondern als sekundäre normative Ordnungen gesetzt werden muss. Die moralische Rhetorik täuscht darüber hinweg, dass dasjenige, was als wertvoll erscheint, nicht über (unmittelbar) evidente Gründe verfügt, um auch gegen Widerstände oder ihre explizite Bestreitung angestrebt, durchgesetzt und geschützt zu werden.

Die ethische Herausforderung der Sterbe- und Suizidhilfe besteht also weniger darin, ob Personen über ihr eigenes Leben frei verfügen dürfen und ob oder wie die Medizin sie dabei unterstützen soll oder darf, als vielmehr darin, auf welcher Grundlage diese Fragen überhaupt sinnvoll gestellt und mit Anspruch auf interpersonale Geltung beantwortet werden können. Die Fragen, was (medizinisch) getan und unterlassen werden sollte, sind unspektakulär, sofern die anspruchsvolle Frage geklärt ist, wie Menschenbild und menschliches Selbstverständnis plausibel begründet werden können, die in den möglichen Antworten auf die Sterbe- und Suizidhilfe vorausgesetzt sind. Autonomieappelle reichen nicht aus, weil sie entweder das Medizinpersonal auf Erfüllungsgehilf*innen von Patient*innenwünschen reduzieren oder umgekehrt die Patient*innen zu Spielfiguren der paternalistischen Weltbilder des Medizinpersonals machen. Zwar haben Fragen von Leben und Tod existenziellen und höchst persönlichen Charakter, aber sie sind nicht privat, weil keine Person für sich allein existiert und weil jede Form von Hilfeleistung soziale und von allen Beteiligten – auch rechtlich – zu verantwortende Beziehungen voraussetzt. Entsprechend besteht der theologische Beitrag zur medizinischen Diskussion über Sterbe- und Suizidhilfe in der Reflexion der Bedingungen und Voraussetzungen, in denen die medizinischen Diskurse stattfinden und unter denen medizinische Urteile und Entscheidungen getroffen werden.

2. Grundkonstellationen: Leben – Sterben – Tod

Sterbehilfe und Suizidhilfe sind eine kulturelle Herausforderung und deshalb auch ein medizin(eth)isches Problem. Es gibt keine Verbindung zwischen Leben und Tod. Beide schließen einander aus, sodass es den Tod im Leben nur metaphorisch geben kann (todlangweilig, todkrank, Todesangst, Scheintod). Biologische Erklärungen von Gedeihen und Vergehen sind stets auf das Leben bezogen. Kompostierung und Verwesung sind Aggregatzustände des Lebens und nicht des Todes. Die Medizin hat – wie jede andere Wissenschaft und Disziplin – kein Wissen über den Tod, sondern verfügt nur über spekulative Deutungskonzepte, Negativdefinitionen und Verhinderungskompetenzen (vgl. Rehmann-Sutter 2022). Auch die Pathologie interessiert sich nicht für den Tod, sondern für das ihm vorausgehende Leiden (pathos) oder dessen natürliche und nichtnatürliche Ursachen. Sie rekonstruiert die letzte Lebensphase retrospektiv vom Tod aus. Todesursachen gehören auf die Seite des Lebens und nicht des Todes. Der Medizin ist der Tod so fremd wie die Gesundheit. Beide bilden die Grenzbestimmungen medizinischen Handelns. In einem Fall ist es noch nicht und im anderen Fall nicht mehr gefragt. Gleichzeitig stimmen Gesundheit und Krankheit in ihrem Abstand zum Tod überein. Krankheit ist genauso wenig ein sicheres Indiz für den nahen Tod, wie Gesundheit eine Garantie für sein Fernsein ist.

Im Gegensatz zum Tod ist das Sterben eine Lebensphase, die retrospektiv daran erkannt wird, dass der Tod eingetroffen ist. Das Sterben ist lebensgefährlich und sein tödlicher Ausgang so gewiss wie die Endlichkeit des Lebens selbst. Das Sterben gehört ganz auf die Seite des Lebens, das präzise dort zu seinem Ende kommt, wo das Leben aufhört. Sterben ist Leben mit begrenzten Aussichten und unter manchmal leidvollen Bedingungen. Medizin(eth)isch bedeutungsvoll ist der Tod lediglich als Endpunkt des Sterbens. Er markiert die Grenze medizinischer Eingriffsmöglichkeiten und hat eine Orientierungsfunktion für das vorgängige Handeln. Lange Zeit stimmten die jüdisch-christliche Theologie und die Medizin in der Alternativlosigkeit des Todes überein. Der Tod muss und darf nur dann als Grenze des Lebens akzeptiert werden, wenn er nicht verhindert werden kann. Als Alternative zum Leben wäre der Tod wählbar und als Ergebnis einer solchen Wahl eben nicht akzeptabel. Der Tod durch Mord, mutwillige oder fahrlässige Tötung, Suizid, Sterbe- und Suizidbeihilfe ist prinzipiell nicht alternativlos, weil er ohne diese Handlungen vielleicht und irgendwann sicher, aber zum Tatzeitpunkt nicht notwendig eingetreten wäre. Deshalb gilt eine Tat, die zum Tod führt, als strafbar, wenn nachgewiesen werden kann, dass das Handlungssubjekt unter identischen Umständen auch anders hätte handeln können.

Aus ethischer Sicht scheiden der eigene Tod und der Tod einer anderen Person als Option menschlichen Urteilens, Entscheidens und Handelns *prima facie* aus. Das jüdisch-christliche Tötungsverbot bildet das Fundament für ein positiv gewendetes Würdeverständnis, das das menschliche – und zunehmend auch das außermenschliche – Leben in einen ethischen und rechtlichen Schutzmantel hüllt. Das Bad im moralischen Drachenblut beruht auf einer kategorischen Zuschreibung, die eine normative Alternativlosigkeit behauptet, die für das Leben selbst nicht gilt. Auch wenn nichts mehr getan werden kann, markiert dieses »nichts« keine Alternativlosigkeit der Lage, sondern einen Mangel an Handlungsoptionen oder deren Aussichtslosigkeit. Jede medizinische

Diagnose, Entscheidung und Intervention könnte durch eine alternative Sichtweise oder Behandlung in Frage gestellt, ersetzt oder ergänzt werden. Das unterscheidet die Medizin als begründungsbasierte Praxis von einer theoriegeleiteten wissenschaftlichen Erklärung.

Der Tod bildet die ständige Alternative zum Leben, aber daraus folgt nicht umgekehrt, dass das Leben als Alternative zum Tod abgewogen werden kann. Beide Aussagen gehören zu verschiedenen, inkommensurablen Sprachspielen. Die erste verdankt sich biologischer Beobachtung, die zweite ethischer Reflexion. Der unbedingte Respekt gegenüber dem Leben verteidigt den pathischen und schicksalhaften Charakter des Todes, der nicht beobachtet werden kann, sondern unterstellt werden muss. Denn dass Lebewesen ihresgleichen töten können und es auch tatsächlich tun, gehört zu den ursprünglichsten menschlichen Erfahrungen. Dieser Tatsache bietet keine Natur Einhalt, stattdessen muss ihr mit Hilfe kulturell erzeugter Tabus entgegengetreten werden. Grundsätzlich gilt: Alles ist antastbar. Die Norm der Unantastbarkeit verhindert nicht den Übergriff, aber belegt ihn mit einem sanktionsbewehrten Verbot. Das Mögliche bleibt möglich, aber soll möglichst unmöglich gemacht werden.

3. Einstellungswandel

Die in den vergangenen Jahren in der christlich-theologischen Beurteilung der Suizidhilfe stattfindende Pluralisierung steht exemplarisch für einen gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Einstellungswandel. Historisch waren medizinische Formen der Sterbehilfe und die Suizidhilfe in allen christlichen Konfessionen als Sünde gegen die göttliche Gabe des Lebens strikt verboten und in einer christlich geprägten Kultur öffentlich verpönt. In der jüngeren Vergangenheit haben sich die Haltungen gegenüber Entscheidungen am Lebensende entlang länderspezifischer, kultureller und konfessioneller Muster ausdifferenziert:

»Therapieentscheidungen bei Patienten am Lebensende werden je nach Land sehr unterschiedlich getroffen und lassen ein Nord-Süd-Gefälle erkennen: Während in den nördlichen Ländern beispielsweise häufig Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht gefällt werden, wird in den südlichen Ländern unabhängig von den Folgen oftmals weiterbehandelt. Andere Variablen wie Geschlecht, Religiosität, Alter oder Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte spielen im Vergleich zum nationalstaatlichen Kontext eine untergeordnete Rolle; am stärksten wirkt sich dabei offensichtlich der Faktor der Religiosität der entscheidenden Ärzte aus, wobei die Zusammenhänge zwischen Staat, Kultur, Religiosität und Konfessionalität, rechtlichen Regelungen und dem Grad der in Europa sehr unterschiedlichen medizinischen Versorgung höchst komplex sein dürften.« (Zimmermann-Acklin 2004: 32)

In der vor allem in Deutschland und Österreich in den vergangenen Jahren stattfindenden Öffnung gegenüber der Suizidhilfe wirken unterschiedliche Faktoren kumulativ zusammen. Wesentlich sind die Individualisierungsschübe spätliberaler Gesellschaften,

die Stärkung der Patient*innenautonomie in der Medizin, der Verlust religiöser Bindungen und die Pluralisierung von Lebensentwürfen und -einstellungen.

Der Einstellungswandel gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe in Deutschland, Österreich und der Schweiz verläuft grob in vier Phasen, die in den Kirchen einerseits und Politik und Gesellschaft andererseits weitgehend parallel verlaufen (vgl. Mathwig 2022b).

(1.) Die Widerstandsphase bildet den kulturell-traditionell und kirchlich geteilten Ausgangspunkt. Das menschliche Leben gilt als eine Gabe Gottes, aus der die unbedingte Verpflichtung zur Erhaltung der eigenen Existenz abgeleitet wird. Zwar wurde der Suizid zunehmend in seiner menschlichen Tragik erkannt, aber der wohlüberlegte Entschluss, lebenserhaltende medizinische Maßnahmen abubrechen oder darauf zu verzichten und – weitergehend – der freiwillliche Wunsch, das eigene Leben zu beenden, wurden – mehr oder weniger deutlich als Sünde deklariert – verworfen. Das Prinzip des Lebensschutzes richtet sich als Verpflichtung vor allem an die eigene Person.

(2.) Die medizinkritische Phase reagierte auf Ambivalenzerfahrungen mit der modernen Hochleistungsmedizin, deren Funktionslogik die Menschen ohnmächtig an ihr Leben zu fesseln droht. Die aus der Transplantationsmedizin bekannte Hirntoddefinition des Ad Hoc Committee der Harvard Medical School bezog sich ausdrücklich auf das medizinische Problem der künstlichen Lebenserhaltung:

»Improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes these efforts have only partial success so that the result is an individual whose heart continues to beat but whose brain is irreversibly damaged. The burden is great on patients who suffer permanent loss of intellect, on their families, on the hospitals, and on those in need of hospital beds already occupied by these comatose patient«. (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School 1968: 337)

Auch der 1982 in Zürich gegründete Verein EXIT (Deutsche Schweiz) Vereinigung für humanes Sterben verfolgte ursprünglich eine medizinkritische Zielsetzung: »das freie Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben, das freie Selbstbestimmungsrecht des Kranken, das Recht des Menschen auf einen humanen Tod und ›die Legalisierung der Sterbehilfe für Schwerkranke unter strengen Voraussetzungen« (EXIT 2023). Aus theologisch-ethischer Sicht endet an dieser Stelle der kirchliche Konsens. Progressive Positionen betrachten Situationen extremen Leids als Grenzfälle, die die Pflicht zum Lebensschutz ausnahmsweise einschränken können. Konservative Positionen halten dagegen an der Unbedingtheit und Unhintergebarkeit des Lebensschutzprinzips fest. So betrachten die römisch-katholische Kirche und die orthodoxen Kirchen den Sterbewunsch »als inauthentische Bitte [...], die auf die physische und psychische Belastung zurückgehe«, dagegen gehen die »evangelischen Kirchen auf die ernsthafte Möglichkeit eines authentischen und bleibenden Wunsches ein, der sich nicht durch die bestmögliche Veränderung der Rahmenbedingungen beseitigen lässt« (Schardien 2007: 434f.).

(3.) Die Individualisierungsphase ist gekennzeichnet durch die sukzessive Entkopplung des krankheitsbedingten Leidens (am Lebensende) vom medizinischen Kontext. Aus der zuvor institutionenkritischen Absicht wurde eine moralkritische Stoßrichtung,

die auf die Vulnerabilität der Person und ihr höchst persönliches Erleben abstellt. Exemplarisch kommt diese Entwicklung in der theologisch-ethischen Formulierung zum Ausdruck:

»Es gibt keine menschliche Rechtfertigung, das eigene Leben zu beenden, weil es – in reformatorischer Perspektive – im und für das eigene Leben keine Selbstrechtfertigung geben kann. Zugleich kann nur ich selbst mein Leben als das Geschenk des Schöpfers annehmen und begreifen. Niemand kann mich darin vertreten. Und niemand kann von einem anderen Menschen fordern, sein Leben als Gabe Gottes zu begreifen. Gerade deshalb besteht die Aufgabe von Christinnen und Christen darin, alles Menschenmögliche zu tun, damit Menschen sich als Geschöpfe Gottes erleben können und ihr Leben als Geschenk des Schöpfers wahrnehmen, annehmen, leben und manchmal auch aushalten und durchstehen können.«

(Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund 2007: 26)

Der ethische Fokus wechselt von der sterbewilligen Person (Verhalten) auf die sie umgebende Gesellschaft (Verhältnisse). Das persönliche Leiden begrenzt die Reichweite der ethischen Forderung.

(4.) Die Privatisierungsphase reagiert auf die Individualisierungs- und Pluralisierungsschübe spätliberaler Gesellschaften. Kennzeichnend ist eine weitgehende Entmoralisierung der Sterbe- und Suizidhilfe zugunsten des formalen Selbstbestimmungsprimats als negatives Abwehr- und positives Anspruchsrecht. Der Lebensschutz gilt zwar weiterhin als hochrangiges Ziel, dessen allgemeine Verwirklichung an Staat und Gesellschaft adressiert wird, aber nicht im Blick auf die eigene Person realisiert werden muss. Die Stoßrichtung des Lebensschutzes verschiebt sich von der Selbstverpflichtung auf eine Pflicht gegenüber Dritten. Damit findet eine Adressat*innenumkehrung gegenüber der Ausgangssituation statt. Typisch für diese Verschiebung sind ethische und rechtliche Diskussionen über die Neujustierung des Verhältnisses zwischen persönlicher Freiheit und subjektiver sowie intersubjektiver Verantwortung. Leben erscheint »als Gut, nicht als Pflicht« (Anselm 2015). Die als theologisch-ethische Reaktion darauf ins Zentrum gerückte seelsorgerliche Begleitung zielt nicht mehr auf eine moralische Kanalisierung, sondern auf die soziale Ermöglichung persönlich verantworteter Freiheit (vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler 2017). Der gute Tod resultiert nicht mehr aus dem moralisch erstrebten, sondern aus dem authentisch erlebten Sterben.

Zusammenfassend liest sich die gesellschaftliche und kirchliche Entwicklung der Wahrnehmungen und Deutungen der Sterbe- und Suizidhilfe wie eine moralische Subtraktionsgeschichte: (1.) Den Ausgangspunkt bildet die klare, in ein theologisches und moralisches Welt- und Menschenbild eingebettete Absage an den Suizid. (2.) Der Fokus auf die Wirklichkeit menschlicher Vulnerabilität greift die Unbedingtheit und Tragfähigkeit der überkommenen Welt- und Menschenbilder an und verschärft die Frage nach der ethischen Legitimität der Sterbe- und Suizidhilfe. (3.) Entfällt das unerträgliche Leiden als Begründung für den eigenen Sterbewunsch und als Legitimationskriterium für Sterbehilfe und Suizidassistenz, wird der ethische Kompromiss von Regel und Ausnahme hinfällig. (4.) In der Folge wird die Forderung nach einer ethischen Begründung durch die Perspektive der Sorge und Empathie ersetzt, die der ursprünglichen Absicht

des schweizerischen Gesetzgebers entspricht, die Suizidhilfe als »Freundschaftsdienst« – also im Kontext affektiver Nahbeziehungen – von der Strafbarkeit auszunehmen (vgl. Mathwig 2010: 144–152). Das ethische Differenzkriterium des krankheitsbedingten Leidens zwischen der damit begründeten Sterbehilfe und der davon unabhängigen Suizidhilfe verliert seine legitimatorische Relevanz. 5. Stützt sich die Zulässigkeit der Suizidhilfe ausschließlich auf den – überprüften – selbstbestimmten, frei zustande gekommenen und dauerhaften Wunsch der sterbewilligen Person, wird sie zu einem gegenüber anderen Optionen grundsätzlich gleichrangigen Normalfall. Suizidhilfe bildet dann einen rechtlich legalen, sozial etablierten Vorgang, dessen moralische Implikationen zwar nicht nivelliert, aber in die Privatsphäre der persönlichen Überzeugungen verschoben werden.

4. Moralische Entlastungsstrategien

Die moralische Subtraktionserzählung rekonstruiert die Geschichte der Suizidhilfe als kohärente und folgerichtige Entwicklung, indem sie gesellschaftliche und medizinische Dynamiken mit moralischen Verschiebungen verbindet. In der Praxis trifft die idealtypische Rationalisierung allerdings auf eine robuste Alltagsmoral, die sich auf teilweise diametral entgegengesetzte – anthropologische, ethische, (sozial-)psychologische und (gesellschafts-)politische – Rationalitäten beruft. Der Konflikt begegnet etwa in der Frage, wie die in einer langen Traditionsgeschichte geprägte und verfestigte Vorstellung vom unbedingten Lebensschutz – als Pflicht gegenüber der eigenen Person und/oder gegenüber Dritten – innerhalb kürzester Zeit an Bedeutung und Orientierungskraft einbüßen konnte. Ungeklärt ist auch die Folgefrage, welche gesellschaftlichen Konsequenzen mit dem Statuswechsel des Lebensschutzes von einer prinzipiellen zu einer konditionalen – das heißt an bestimmte Bedingungen geknüpften – Normierung verbunden sind. Schließlich ist offen, was aus den Verschiebungen für das medizinische Handeln, das Selbstverständnis der Medizin und die gesellschaftlichen Erwartungen an die Medizin folgt. Umgekehrt kann gefragt werden, ob die als Liberalisierungsdynamiken beschriebenen Prozesse tatsächlich einen Normenwandel darstellen, oder ob sie lediglich mit einer moralischen Unterstellung und einem ethischen Missverständnis aufräumen.

Die komplexen normativen Voraussetzungen der Sterbe- und Suiziddiskussionen werden durch statistische Befunde bestätigt:

»Zusammengefasst ergeben also *Bevölkerungsumfragen* in Deutschland (wie auch in anderen westlichen Ländern) mehrheitliche Zustimmung zu allen Formen der Sterbehilfe, wenn sie auf Verlangen leidender Schwerstkranker erfolgt. In deutlichem Kontrast hierzu werden unter maßgeblichen Meinungsführern, etwa aus Politik, Kirche und Ärzteschaft, indirekte Sterbehilfe und Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch als ethisch unproblematisch, Suizid- und erst recht aktive Sterbehilfe als verbotswürdig oder zumindest erheblich rechtfertigungsbedürftiger angesehen.« (Schöne-Seifert 2020: 21)

Die Ethikerin diagnostiziert einen »Bedeutungsgraben« zwischen der »konventionellen Sicht« eines »Elitenkonsenses«, der bis auf die Gesetzgebung durchschlage, und einem Meinungspluralismus in der Öffentlichkeit, der von den »Eliten« machtpolitisch an den Rand gedrängt werde (vgl. Schöne-Seifert 2020: 22). Obwohl die stereotype Deutung der oben rekonstruierten Komplexität und die Adressierung der konfligierenden Positionen der gesellschaftlichen Heterogenität der Debatten nicht gerecht wird, besteht zweifellos ein »Bedeutungsgraben«. Dieser verläuft aber nicht zwischen den genannten gesellschaftlichen Akteur*innengruppen, sondern zwischen den konfligierenden moralischen Positionen und ihren ethischen Begründungen.

Die gesellschaftlich etablierte Sterbe- und Suizidhilfediskussion entschärft die ethischen Kontroversen, indem sie diese normativ tieferlegt. Eine entscheidende moralische Entlastung bietet die lange Zeit dominierende Defizitperspektive auf die sterbewillige Person. Drei Narrative tragen wesentlich zur moralischen Kompatibilität eines Sterbewunsches bei (vgl. Mathwig 2022a: 47–49): (1.) die medizinische Pathologisierung der gesundheitlichen Lage der sterbewilligen Person, (2.) der moralische Ausnahmestatus ihrer mitleiderweckenden und erbarmungswürdigen Lebens- und Entscheidungssituation und (3.) die autonomieethisch begründete Nichteinmischung als Ausdruck des Respekts gegenüber ihrer Selbstbestimmung und Handlungssouveränität. Die Stereotype zielen auf eine dreifache moralische Entlastung und ethische Immunisierung: (1.) Die medizinische Pathologisierung erklärt die ethischen Fragen zur Suizidhilfe und ihrer gesellschaftlichen Organisation an die suizidwillige Person und ihren Sterbewunsch für sachlich unangemessen oder situativ deplatziert. (2.) Die Mitleidsmoral überspringt den fundamentalen Konflikt zwischen dem Suizidwunsch und einem wesentlich zukunftsorientierten Lebenswillen. (3.) Die Privatisierung des Suizidwunsches immunisiert Politik und Gesellschaft gegen kritische Rückfragen, weil der Entschluss als freie, höchstpersönliche Entscheidung stilisiert wird.

Diesen ethischen Entlastungsstrategien korrespondieren auf theologisch-ethischer Seite eine Entmündigung und eine doppelte Bagatellisierung der Suizidhilfe: (1.) Die theologisch-ethische Entmündigung zeigt sich in einer Sichtweise, die die suizidwillige Person als vollständig durch ihre mitleidserregenden Lebensumstände determiniert betrachtet. Ihre gesamte Existenz erscheint nur noch durch den Filter der ausgewogenen Lebenssituation. (2.) Die eine Form der Bagatellisierung reduziert den Suizidwunsch auf einen Akt persönlicher Selbstbestimmung. Dagegen hat Johannes Fischer eingewandt:

»Ist das alles, was in ethischer Hinsicht dazu zu sagen ist? Bleibt nicht auch bei einem freiverantwortlichen Suizid ein Gefühl der Verstörung oder der Trauer darüber, dass ein Mensch diesen Weg gewählt oder in einer Notlage keinen anderen Ausweg gehabt hat? Ist es nicht dieses Spannungsverhältnis zwischen der Bedeutung, die ein Suizid in der gesellschaftlichen Wahrnehmung hat, [...] und der Bedeutung, die wir der Selbstbestimmung eines urteilsfähigen Menschen zumessen, das den Suizid so konfliktreich macht und aus dem dessen ethische Problematik resultiert.« (Fischer 2009: 245)

(3.) Die entgegengesetzte Form der Bagatellisierung besteht darin, alle Zustände des Leidens, der Perspektivlosigkeit, der Einsamkeit und der Verzweiflung als medizinisch be-

handlungsbedürftige Zustände zu erklären, die therapiert, gedämpft oder palliativmedizinisch bearbeitet werden können. Kritisch bemerkt Peter Dabrock dazu:

»Als unerträglich wird vor allem das Dahinvegetieren in unwürdigen Pflege- und Krankenanstalten, aber auch die Befürchtung eines Kontrollverlusts über den eigenen Körper, das Fehlen von Beziehungserfahrungen und das Wegbrechen von Lebenssinn eingeschätzt. Solche Befürchtungen und Ängste nicht ernst zu nehmen, sondern mit Vertröstungen oder allein dem Hinweis auf den Ausbau palliativer Maßnahmen abzuspeisen, wäre zynischer Paternalismus.« (Dabrock 2015: 125)

Um eine Entmündigung und Bagatellisierung der Person mit einem Sterbewunsch zu vermeiden, muss der ethische Diskurs drei Kurzschlüsse vermeiden: (1.) Der Suizidwunsch darf nicht als selbstbestimmte Präferenzwahl einer sterbewilligen Person legalistisch abgehakt und ethisch neutralisiert werden. (2.) Die suizidwillige Person darf nicht als Opfer unzumutbarer Lebensumstände autonomieethisch entmündigt werden. (3.) Der ethische Konflikt darf nicht resilienzstrategisch aufgelöst werden, indem an Stelle »des Widerstands gegen die schlechten Umstände [...] die flexible Anpassung an diese«, durch therapeutische und medizinische Unterstützung tritt (Wils 2021: 172).

5. Perspektivendifferenzen

Die Themen Sterbe- und Suizidhilfe betreffen das Leben. Der Tod begegnet lediglich als Folge bestimmter Urteile, Entscheidungen und Handlungen. Als Endlichkeitsfaktum bildet er eine anthropologische Herausforderung, als Handlungszweck oder -ziel wirft er ethische und rechtliche Fragen auf. Die pathische Dimension des Todes, der in seiner Unentrinnbarkeit erlitten werden muss, ist zu unterscheiden von der praktischen Dimension des Sterbens, bei der handelnd in das für die menschliche Existenz Unabwendbare eingegriffen wird (Lebensverlängerung, -verkürzung, therapeutische Doppelwirkung, Todesdeutungen etc.). Der normative Status des Todes als Grenzbestimmung des Lebens hat eine wesentliche Orientierungsfunktion für den Umgang mit dem Sterben im Leben.

Für eine erste Orientierung können drei fundamentale Deutungsdimensionen des Lebens unterschieden werden: (1.) Naturordnung: Allem Seienden ist eine Ordnung inhärent, die ihm seinen Platz und sein Ziel zuweist und der entsprochen oder die verfehlt werden kann (Ontologie, Naturrecht). (2.) Sozialität: Menschliche Existenz ist wesentlich relational, beginnt mit dem völligen Angewiesensein auf andere und verwirklicht sich in einem gemeinschaftlich geteilten Leben wechselseitiger Sorge, Verantwortung und Solidarität (Abhängigkeit, Advocacy, Paternalismus, Empathie, Altruismus, Leibphänomenologie). (3.) Autonomie: Menschen verfügen als selbstbestimmte Personen über einen Willen, der in dem Sinn frei ist, dass ihnen ihr Urteilen, Entscheiden und Handeln als selbstverursacht zugerechnet werden kann (Autonomie, Person, Freiheit, Liberalität). Die drei Dimensionen bilden komplementäre Aspekte, die abhängig von den jeweils vorausgesetzten Deutungsmustern unterschiedlich gewichtet werden.

Georges Canguilhem (2009: 281–284) hat zwischen einem biologischen, einem sozialen und einem existenziellen Sinn von Leben differenziert. Aus phänomenologischer Sicht können analog drei Artikulationsperspektiven unterschieden werden (vgl. Fischer 2005): (1.) Das Leben in der dritten Person (hebr. hajjim und griech. zoë), mit dem Menschen umgehen: das Leben als Beobachtungsobjekt und Handlungsgegenstand (Biologie, Medizin); (2.) das Leben in der ersten Person (hebr. jamim und griech. bios), das Menschen führen: die Biographie einer Person, die retrospektiv von ihr oder auch über sie erzählt und aufgeschrieben werden kann und (3.) das Leben in der zweiten Person (hebr. naepaes und griech. psyche), an dem eine Person in einem sozialen und transzendenten Sinn teilhat: weist in der Beziehung zu anderen und zu anderem Leben über das je eigene Leben hinaus.

Aus der Dritte-Person-Perspektive ist das beobachtete Leben immer nur eine Möglichkeit gegenüber der Notwendigkeit des Todes. Aus der Erste-Person-Perspektive ist das eigene Leben die notwendige Bedingung für das Wissen um die permanente Möglichkeit des Todes. Aus der Zweite-Person-Perspektive sind das eigene und das andere Leben notwendige Bedingung für die Möglichkeit, den eigenen Tod zu transzendieren. In dieser Konstellation bildet der Tod zwar weiterhin eine Notwendigkeit für das Leben in der ersten und in der dritten Person, aber lediglich eine Möglichkeit im Blick auf das Leben, an dem eine Person teilhat. Den Perspektiven korrespondieren spezifische epistemologische Kategorien: Objektivität, Identität und Relationalität.

Eine Person äußert einen Sterbewunsch aus der Perspektive des Lebens in der ersten Person. Personen haben Wünsche, die – im Fall der Suizidhilfe – durch ihre selbstbestimmte Verursachung legitimiert werden: »Kein Dritter kann mich zum Weiterleben verpflichten, wenn ich sterben möchte, und kein Dritter hat ein Recht, mich zu töten, wenn ich am Leben bleiben möchte.« (Saner 2003: 61) Aus dem Leben in der ersten Person folgt nicht notwendig eine Verpflichtung, eigene Wünsche, die die eigene Person betreffen, (gegenüber sich selbst oder gegenüber Dritten) rational zu begründen oder vor einer dritten Instanz zu rechtfertigen. Ob ein Sterbewunsch aus rechtlicher Sicht einen legitimen Handlungsgrund darstellt, hängt von Bedingungen ab, die wesentlich den Status der Person betreffen: Selbstbestimmung, Zurechnungsfähigkeit, Wohlerwogenheit und Dauer ihres Wunsches sowie angemessene Kenntnis und Information über Tragweite und Konsequenzen der Entscheidung.

Häufig begründet eine Person ihren Sterbewunsch damit, dass sie infolge einer schweren Erkrankung oder aussichtslosen Krankheitssituation in unerträglicher Weise an ihrem Leben in der dritten Person leidet. Die objektivierbaren (auch für Dritte prinzipiell einsehbaren und überprüfbaren) Krankheits- beziehungsweise Leidenszustände bieten eine negative Begründung in zweierlei Hinsicht: Einerseits machen sie den Sterbewunsch für Dritte verständlich und nachvollziehbar, andererseits markieren sie einen Grenzfall, der als Ausnahme die Aussetzung grundsätzlich anerkannter moralischer Normen situativ rechtfertigen kann. Eine analoge negative Begründungsfunktion übernehmen auch relationale Aspekte des Lebens in der zweiten Person. Zimmermann et al. (2019: 71) betonen für die Schweiz, »dass für Sterbewillige psychische, existenzielle und soziale Leidenssymptome viel bedeutsamer für das Zustandekommen des Sterbewunsches waren, als dies die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vermuteten.« Einsamkeit und ein Mangel an sozialer Integration können sich negativ auf den Lebenswillen und

die Lebensperspektiven auswirken. Umgekehrt werden die Stärke und Stabilität von Beziehungen und gemeinschaftlicher Einbettung häufig (aber nicht nur) in religiösen Kontexten als Resilienz und Lebensbejahung fördernd erlebt. Obwohl diese Effekte als Ausdruck religiös oder anders motivierter Selbstverpflichtungen (Pflichten abgeleitet aus der Unantastbarkeit des Lebens) gedeutet werden können, geht es grundsätzlich nicht um Moral. Denn hinter der Wahrnehmung des eigenen Lebens – etwa aus jüdisch-christlicher Sicht – als einer von Gott empfangenen Gabe, steht keine Moral, sondern das Erleben des relationalen Bestimmtwerdens durch die Instanz, der sich das eigene Leben in einem ursprünglichen Sinn verdankt. Die Sicht auf das eigene Leben als Gabe Gottes lässt sich nicht logisch oder rational aus dem Glauben der Person ableiten, sondern ist diesem intrinsisch, insofern dieser Lebensgrund außerhalb der Person (Extrinsizität, *extra nos*) ihr Leben vollständig bestimmt (vgl. Wittgenstein 1968: 88). Unverständlich ist für diese Person nicht die konstitutive Verbindung zwischen göttlichem und eigenem Leben, sondern umgekehrt der Gedanke, den göttlichen Grund vom eigenen Leben subtrahieren zu können (vgl. Taylor 2009: 88).

Die Dimensionen des Lebens in der ersten Person und des Lebens in der zweiten Person sind inkommensurabel, weil das Erleben des Angewiesenseins auf andere (die Konstitution des Ichs aus der Zweite-Person-Perspektive) dem Selbsterleben (aus der Ersten-Person-Perspektive) vorausgeht (vgl. Murray 2007). Selbstbezug ist sekundär gegenüber dem Angewiesensein auf andere und anderes (vgl. Ricœur 1986; vgl. Lévinas 1989). Dieser Differenz korrespondiert die leibphänomenologische Unterscheidung zwischen »einen Körper haben« und »ein Leib sein« (vgl. Plessner 1970: 43; vgl. Waldenfels 2000; vgl. Fuchs 2013; vgl. Krüger 2011).

6. Konsequenzen

Sterben und Tod gehören zur Natur des Lebens, der Umgang damit ist dagegen eine Frage der Kultur. Biologische Prozesse von Gedeihen und Vergehen werden kulturell als Zeitlichkeit erlebt und als Vergänglichkeit gedeutet. Diese begrifflichen Kategorien sind nicht austauschbar, weil sie zu verschiedenen Sprachspielen gehören. Die Kontroversen im Rahmen der Sterbe- und Suizidhilfediskussion können als unterschiedliche Zuordnungsverhältnisse der drei Lebensdimensionen rekonstruiert werden. Eine juristische und (häufig daran anschließende) medizinische Sicht fokussiert auf die einzelne Person (Leben in der ersten Person) und ihr Leben (Leben in der dritten Person). Der Blick ist wesentlich formal und abstrahiert weitgehend von den kulturellen Aspekten, die eine Person als Mitglied einer Gesellschaft und Gemeinschaft auszeichnen (Leben in der zweiten Person). Keine der drei Lebensdimensionen wird grundsätzlich bestritten, aber in der konkreten Urteils-, Entscheidungs- und Handlungspraxis werden ihr Bedingungsverhältnis fluide und die einzelnen Dimensionen wechselseitig substituierbar.

Das objektivierende Handlungsprimat (Entscheiden über das und Handeln am Leben in der dritten Person) verstellt den Blick für die Differenz, dass Lebewesen die Folgen ihrer natürlichen Bedingungen betrauern können – im Gegensatz zu ihrem biologischen Leben. Judith Butler (2005: 36) hat die auf den ersten Blick seltsamen Fragen gestellt: »Wer gilt als Mensch? Wessen Leben zählt als Leben? Und schließlich: *Was macht ein be-*

trauernswertes Leben aus?« Für die jüdische Philosophin bildet »Betrauerbarkeit« (grievability) das Kriterium für eine Lebensweise, die oben als Dimension des Lebens in der zweiten Person skizziert wurde. »Wer nicht betrauerbar ist, lebt außerhalb des Lebens. Das ist ›ein Leben, das niemals gelebt worden sein wird‹, das durch keine Geltung erhalten wurde, das durch nichts bezeugt wird und um das nicht getrauert wird, wenn es verschwindet.« (Butler 2005: 22) Trauern können nur Menschen, und getrauert werden kann nur über Personen, die zu einer Gemeinschaft gehören und in Beziehungen leben, deren Leben für andere relevant sind. Dabei ist Trauer notwendig eine Reaktion der anderen. Niemand kann den Verlust des eigenen Lebens und den eigenen Tod betrauern. Trauer und Betrauerbarkeit sind nicht nur basale Aspekte des Lebens in der zweiten Person, sondern machen ex negativo das Leben einer Person für sich und für andere wertvoll.

Literatur

- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School: »A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death«, in: *Journal of the American Medical Association* 205(6) (1968), S. 337–340.
- Anselm, Reiner: »Leben als Gut, nicht als Pflicht. Der Beitrag der evangelischen Ethik in der Debatte um den assistierten Suizid«, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 59 (2015), S. 104–113.
- Augustinus, Aurelius: *Sancti Aurelii Augustini, Episcopi: De Civitate Dei, Libri XXII. Recognoverunt Bernardus Dombart et Alfonsus Kalb, Vol. I, Lib. I–XIII*, Stuttgart 1981.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics. Seventh Edition*, New York/Oxford 2013.
- Beckmann, Jan P.: »Sokrates' Arzt und Platons Mediziner«, in: Orsolya Friedrich/Claudia Bozzaro (Hg.), *Philosophie der Medizin*, Paderborn 2021, S. 9–30.
- Busche, Hubertus: »Aristoteles und die Medizin«, in: Orsolya Friedrich/Claudia Bozzaro (Hg.), *Philosophie der Medizin*, Paderborn 2021, S. 31–61.
- Butler, Judith: *Gefährdetes Leben. Politische Essays*, Frankfurt a.M. 2005.
- Canguilhem, Georges: »L'idée de nature dans la théorie et la pratique médicales«, in: *Médecine de l'homme*, 43 (1972), S. 6–12.
- Canguilhem, Georges: »Das Normale und das Pathologische«, in: ders.: *Die Erkenntnis des Lebens*, Berlin 2009, S. 281–308.
- Dabrock, Peter: »Heil und Heilung. Theologisch-identitätsethische Unterscheidungen und ökumenische Herausforderungen im Verständnis von und im Umgang mit Gesundheit«, in: *Una Sancta* 2 (2006), S. 129–139.
- Dabrock, Peter: »Selbstbestimmungsalternativen zwischen ethischer Bewertung und rechtlicher Normierung. Ein Beitrag (nicht nur) zur Sterbehilfe-Diskussion«, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 59 (2015), S. 123–132.
- Dörnemann, Michael: »Einer ist Arzt, Christus. Medizinales Verständnis von Erlösung in der Theologie der griechischen Kirchenväter des zweiten bis vierten Jahrhunderts«, in: *Zeitschrift für Antikes Christentum* 17 (2013), 102–124.

- EXIT: Der Verein, Geschichte, <https://exit.ch/verein/der-verein/geschichte/>, abgerufen am 18.04.2023.
- Fischer, Johannes: »Das christliche Lebensverständnis als Motiv und Kriterium für den Umgang mit Leben«, in: Eilert Herms (Hg.), *Leben. Verständnis. Wissenschaft. Technik. Kongressband des XI. Europäischen Kongresses für Theologie*, 15.–19. September 2002 in Zürich, Gütersloh 2005, S. 135–149.
- Fischer, Johannes: »Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe«, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55 (2009), S. 243–253.
- Flashar, Hellmut: *Hippokrates. Meister der Heilkunst*, München 2016.
- Fuchs, Thomas: »Zwischen Leib und Körper«, in: Martin Hähnel/Markus Knaup (Hg.), *Leib und Leben. Perspektiven für eine neue Kultur der Körperlichkeit*, Darmstadt 2013, S. 82–93.
- Grönemeyer, Dietrich/Kobusch, Theo/Schott, Heinz (Hg.): *Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen*, Tübingen 2008.
- Grundmann, Christoffer H.: »Christ as Physician: The ancient Christus medicus trope and Christian medical missions as imitation of Christ«, in: *Christian Journal for Global Health* 5(3) (2018), S. 3–11.
- Habermas, Jürgen: *Erkenntnis und Interesse*, 13. Aufl., Frankfurt a.M. 2001.
- Krüger, Hans-Peter: »Die Körper-Leib-Differenz von Personen. Exzentrische Positionalität und homo absconditus«, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 59 (2011), S. 577–589.
- Leven, Karl-Heinz: »Der Arzt: ein ›Diener der Kunst‹«, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 115 (2018), A 1164-A 1167.
- Lévinas, Emanuel: »Ohne Identität«, in: ders.: *Humanismus des anderen Menschen*, Hamburg 1989, S. 85–104.
- Mathwig, Frank: *Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht*, Zürich 2010.
- Mathwig, Frank: »Zur theologisch-ethischen Orientierung in der Suizidhilfe-Diskussion. Ein evangelisch-reformierter Blick aus der Schweiz«, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), *Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis*, Zürich 2022a, S. 29–50.
- Mathwig, Frank: »Sterben 4.0 – Rückblick und Ausblick auf die kirchliche Suizidhilfediskussion«, in: *Una Sancta* 77 2022b, S. 138–148.
- Morgenthaler, Christoph/Plüss, David/Zeindler, Matthias: *Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen*, Zürich 2017.
- Murray, Stuart J.: »Ethics at the Scene of Address. A Conversation with Judith Butler«, in: *Symposium* 11 (2007), S. 415–445.
- Plessner, Helmuth: *Lachen und Weinen*, in: ders. (Hg.), *Philosophische Anthropologie*, Frankfurt a.M. 1970, S. 11–171.
- Rehmann-Sutter, Christoph: »Sind wir verletzbar durch den Tod?«, in: Michael Coors (Hg.), *Moralische Dimensionen der Verletzlichkeit des Menschen. Interdisziplinäre Perspektiven auf einen anthropologischen Grundbegriff und seine Relevanz für die Medizinethik*, Berlin/Boston 2022, S. 229–248.
- Ricoeur, Paul: »Narrative Identität«, in: *Heidelberger Jahrbücher* XXX, Berlin 1986, S. 57–67.

- Saner, Hans: »Gibt es eine Freiheit zum Tode?«, in: Pascal Mösli/Hans-Balz Peter (Hg.), Suizid ...? Aus dem Schatten eines Tabus, Zürich 2003, S. 57–62.
- Schardien, Stefanie: Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen, Gütersloh 2007.
- Schöne-Seifert, Bettina: Beim Sterben helfen – dürfen wir das?, Berlin 2020.
- Schubert, Charlotte: »Der hippokratische Eid und die Vorstellung von der Unverletzlichkeit menschlichen Lebens«, in: Heinrich Schmidinger/Clemens Sedmak (Hg.), Der Mensch – ein Abbild Gottes? Geschöpf – Krone der Schöpfung – Mitschöpfer, Darmstadt 2010, S. 255–272.
- Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund: Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive, Bern 2007.
- Taylor, Charles: Ein säkulares Zeitalter, Frankfurt a.M. 2009.
- Waldenfels, Bernhard: Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes, Frankfurt a.M. 2000.
- Weber, Dorothea: »Medicorum pueri – Zu einer Metapher bei Augustinus«, in: Zeitschrift für Antikes Christentum 7 (2013), S. 125–142.
- Wendte, Martin (Hg.): Jesus der Heiler und die Gesundheitsgesellschaft. Interdisziplinäre und internationale Perspektiven, Leipzig 2018.
- Wils, Jean-Pierre: Sich den Tod geben. Suizid als letzte Emanzipation?, Stuttgart 2021.
- Wittgenstein, Ludwig: »Vorlesungen über den religiösen Glauben«, in: ders.: Vorlesungen und Gespräche über Ästhetik, Psychoanalyse und religiösen Glauben, Göttingen 1968, S. 87–110.
- World Medical Association: WMA Declaration of Geneva: <https://www.wma.net/policie-s-post/wma-declaration-of-geneva/von> 2018, abgerufen am 17.04.2023.
- Zimmermann-Acklin, Markus: »Der gute Tod«, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 23–24 (2004), S. 31–38.
- Zimmermann, Markus et al.: Das Lebensende in der Schweiz. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven, Basel 2019.

Ethik als Gerichtsprozess?

Filmbesprechung zu Ferdinand von Schirach: *Gott*

Mario Kropf und Daniel Lucas

In Ferdinand von Schirachs Theaterstück *Gott* (von Schirach 2020) soll eine Ethikkommission den Zugang zum assistierten Suizid entscheiden. Herr Gärtner möchte seinem Leben ein Ende bereiten, ohne jedoch an einer unheilbaren Krankheit zu leiden. Nach dem Tod seiner Frau gibt er vehement zu verstehen, dass er so nicht weiterleben will. Bezüglich seiner Anfrage zur Sterbehilfe wird eine Ethikkommission einberufen, welche aus ärztlichen und theologischen Sachverständigen, der Vorsitzenden der Ethikkommission und dem juristischen Sachverständigen von Herrn Gärtner besteht. Im Anschluss gibt es die Einladung ans Publikum, Stellung zu beziehen. Das Szenario dient dazu, Positionen in der Debatte zu verdeutlichen und zentrale Fragen darzustellen, wie die nach einer möglichen Ausweitung aller Sterbeanfragen, nach adäquaten Kriterien und der grundsätzlich danach, ob eine rechtliche Einschränkung überhaupt gerechtfertigt ist. Eine gewisse Problematik entsteht durch die ausschließliche Fokussierung auf die Selbstbestimmung des Antragstellers, Herrn Gärtners, ohne dass gleichzeitig hilfeleistende Menschen und deren Interessen in den Blick genommen werden. Die persönliche Nähe führt bei diesen gegebenenfalls zu einem Gefühl der Verpflichtung, obwohl sie eventuell starke entgegenstehende Intuitionen haben.

Dadurch, dass von Schirach die Beratung wie eine Gerichtsverhandlung gestaltet, können alle Positionen einzeln mit Einwänden konfrontiert und gegen diese verteidigt werden. Auf diese Weise werden grundlegende Positionen aus medizinischer, rechtlicher und theologischer Perspektive vermittelt. Dies ist aber zugleich eine Schwäche des Ansatzes: Die gesamte Last der ethischen Beurteilung obliegt der Figur eines katholischen Bischofs, welcher nicht im Stande ist, die grundlegenden christlichen Positionen darzustellen. Stellungnahmen anderer religiöser Gruppen oder gar nicht-theologische Ethiken kommen überhaupt nicht vor. Dies verschiebt den Fokus auf Konflikte und weg von den im Zentrum stehenden Menschen und einer bestmöglichen Entscheidung für diese. Widersprüche und voneinander abweichende Meinungen sind nicht nur wahrscheinlich, sondern können gleichzeitig auch den ethischen Diskurs anregen und persönliche Überzeugungen in Frage stellen. Mit einer ethischen Orientierung sind zumeist keine klaren Vorgaben und dezidierten Lösungen verbunden, vielmehr steht die

Bewusstmachung verschiedenster Überlegungen und Positionen im Zentrum. Gerade deshalb ist die Darstellung in Form eines Gerichtsprozesses unglücklich. Die Aufgabe von Ethikkommissionen ist eine andere als die von Gerichten.

1. Selbstbestimmung als Anspruchshaltung

Die meisten Menschen wollen ihr Leben nach eigenen Maßstäben gestalten beziehungsweise frei sein von äußeren und inneren Zwängen (vgl. Christman/Anderson 2005: 2–4). Zu dieser persönlichen Gestaltungsfreiheit scheint auch die letzte Phase des Lebens zu gehören, wie es von einigen Protagonist*innen in dem Theaterstück vermittelt wird. Vor allem die Aussagen von Herrn Gärtner und seinem Anwalt betonen die Selbstbestimmung. Zugleich eröffnet sich allerdings die Frage, ob jenes Recht auch als Anspruch verstanden werden kann, der einklagbar ist. Das Recht auf Leben wird beispielsweise durch die Grundrechtecharta der Europäischen Union (Art. 2 GRCh 2000), die Europäische Menschenrechtskonvention (Art. 2 EMRK 1950) oder die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Art. 3 AEMR 1948) gesichert, jedoch nicht das Recht zu sterben. Davon abgesehen sind diese Rechtsansprüche im Sinne von Eingriffsverboten zu verstehen, nicht jedoch als Optionen, die verfügbar gemacht werden müssen. Dagegen verhandelt das Stück die Anspruchshaltung gegenüber dem Staat. Dies ignoriert insbesondere die vielfältigen zwischenmenschlichen Beziehungen, die im Prozess der Erfüllung eines Sterbewunsches von Bedeutung sind. In den zuvor angeführten Rechtsdokumenten werden die Privatsphäre, die Freiheit oder auch das Familienleben als Recht aufgenommen, woraus sich die moralischen Werte wie Leben, Gesundheit, Gerechtigkeit oder eben Freiheit ableiten lassen. Auch wenn sich keine moralische oder rechtliche Verpflichtung für die Hilfeleistung im Rahmen des assistierten Suizids einfordern lässt, kann eine entsprechende Bereitschaft durchaus bestehen.

2. Talkshows und öffentliche Meinung

Von Schirachs' Darstellung als Gerichtsprozess knüpft an ein vorheriges Projekt, *Terror – Ihr Urteil* an. Auch wenn es aus den oben genannten Gründen eine eher unpassende Inszenierung ist, wird doch die Möglichkeit geboten, dass Menschen sich ein Urteil über den Sachverhalt bilden können. Entsprechend wurde nach der Fernsehaufführung wie auch nach den Theateraufführungen von *Gott* das Publikum befragt: Mit Ausnahme der Berliner Inszenierung sprach das Publikum dabei Herrn Gärtner mit großer Mehrheit das Recht auf das tödliche Medikament zu. Es lässt sich also durchaus konstatieren, dass es eine Mehrheit gibt, welche eine Liberalisierung des assistierten Suizids wünscht, dem sich konservative Beharrungskräfte entgegenstellen. Dennoch wird die schematische Darstellung der religiösen Position nicht gerecht, da die dogmatische Position des Katholizismus nicht einmal die Bandbreite relevanter christlicher Stimmen darstellt.

3. »Gerichtsprozess« und Rollenbilder

Die Darstellung eines Gerichtsprozesses suggeriert einen Ausgang mit Gewinner*innen und Verlierer*innen. Aus ethischer Sicht hat dies wenig mit diskursiven Auseinandersetzungen zu tun, in denen zumeist nicht die eine Lösung angestrebt werden kann, als vielmehr unterschiedliche Perspektiven zum Vorschein kommen sollen und Limitationen bewusst werden.

Der medizinische Sachverständige scheint den Anforderungen des hippokratischen Eids nicht vollends entsprechen zu können, da es hier nicht nur um die Lebenserhaltung geht, sondern gleichermaßen um den Respekt für eine selbstbestimmte Entscheidung. Dies wird ersichtlich, wenn er ein Vertrauen beschreibt: » [...] wenn der Arzt niemals töten darf, sichert das dem Patienten die letzte Gewissheit.« (von Schirach 2020: 53) Zu hinterfragen ist hier jedoch, ob die medizinischen Fachkräfte überhaupt an dieser Entscheidung maßgeblich beteiligt sein sollen.

In eine vergleichbare Richtung geht die Darstellung des theologischen Sachverständigen, der altbekannte Stellen aus der Bibel zitiert, ohne reflektierte Überlegungen und das Bewusstsein für ein möglicherweise vorhandenes Leiden. Dieses notwendige Leiden (vgl. ebd.: 108) wird zwar angesprochen, allerdings nicht, was dagegen aus theologischer Sicht getan werden kann. Die ebenfalls problematische Aussage über den Suizid an sich verdeutlicht die einseitige Positionierung: »Suizid ist reiner Egoismus, er ist rücksichtslos den Mitmenschen gegenüber.« (ebd.: 80).

Sowohl der Rechtsanwalt als auch Herr Gärtner scheinen in dem Stück die besten Argumente vorbringen zu können. Sie beziehen sich auf ein gegenwärtig höchst geschätztes Gut, nämlich die Selbstbestimmung des Menschen. Vergessen werden sollte jedoch nicht, dass es nicht nur um die Tat eines Individuums geht, sondern dass auch eine hilfeleistende Person notwendig ist. Aus ethischer Sicht gilt es, die Interessen dieser Person ebenfalls in alle Überlegungen einzubeziehen, die im Theaterstück überhaupt keine Berücksichtigung finden. Dort scheint diese Aufgabe in den Tätigkeitsbereich der medizinischen Fachkräfte zu fallen, was jedoch laut dem Gesetz nicht unbedingt der Fall ist. Auch wenn die Hilfeleistung nicht zu einem Zwang werden darf, ist eine Unterstützung vorstellbar, was Gärtner ebenfalls betont: »Ich vertraue dem Arzt, der bereit ist, mir zu helfen.« (ebd.: 110)

Literatur

- Christman, John/Anderson, Joel: »Introduction«, in: John Christman/Joel Anderson (Hg.), *Autonomy and the challenges to liberalism. New essays*, Cambridge: Cambridge Univ. Press 2005, S. 1–26.
- Charta der Grundrechte der europäischen Union, in: *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, 18. Dezember 2000, abzurufen unter https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf.
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EMRK): *Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten*. 4. November 1950, abzurufen unter https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_deu.

UN-Vollversammlung: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. 10. Dezember 1948, abzurufen unter <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>.
von Schirach, Ferdinand: Gott, München: Luchterhand 2020.
von Schirach, Ferdinand: Terror, München: Piper 2015.

Fernsehfilm

Terror – Ihr Urteil. Regie: Lars Kraume, Drehbuch: Lars Kraume/Ferdinand von Schirach/Oliver Berben, TV-Erstsending: ARD 17.10.2016.
Gott – von Ferdinand von Schirach. Regie: Lars Kraume, Drehbuch: Ferdinand von Schirach, TV-Erstsending: ARD 23.11.2020.

Anhang

Autor*innenverzeichnis

Claudia Bozzaro ist Professorin für Medizinethik und Co-Direktorin des Instituts für experimentelle Medizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen ethische Fragestellungen am Lebensanfang und am Lebensende, Analysen zu normativen Konzepten in der Medizin (Leiden, Schmerz, Vulnerabilität), Fragen der Präzisionsmedizin und der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen.

Esther Braun ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum und DPhil-Studentin in Philosophie an der University of Oxford, UK. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Zwang in der Psychiatrie, psychiatrische Voraussetzungen, assistierter Suizid und Einwilligungsfähigkeit.

Anna Magdalena Elsner ist assoziierte Professorin Medical Humanities und Romanistik und Principal Investigator ERC-Projekt zum assistierten Sterben in Literatur, Film und Kunst an der Universität St. Gallen. Ihre Forschungsgebiete bzw.-schwerpunkte sind französische Literatur, Philosophie und Film des 20. und 21. Jahrhunderts mit Fokus auf Literatur und Medizin, Sterben und Trauer.

Luise Farr ist ärztliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Ihre Forschungsschwerpunkte sind hausärztliche Perspektiven auf den assistierten Suizid sowie die evidenzbasierte Beratung und Behandlung von Patient*innen.

Sebastian Farr ist Assistent am Institut für Sozialethik (Ethik-Zentrum sowie Theologische und Religionswissenschaftliche Fakultät) der Universität Zürich. Seine Forschungsgebiete sind Professionstheorie und Professionsethik der Klinikseelsorge, Beratung bei ethischen Fragen in der Seelsorge und seelsorgliche Begleitung von Menschen im Kontext assistierter Suizide.

Pola Hahlweg ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Wissenschaftlerin. Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf arbeitet sie als Forschungsgruppenleiterin in der Medizinischen Psychologie. Sie ist Psychoonkologin und klinische Ethikberaterin. Sie ist zudem Fellow in Bioethics 2023/2024 an der Harvard Medical School in den USA. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die personenzentrierte Gesundheitsversorgung, partizipative Entscheidungsfindung in der Krebsbehandlung und assistierter Suizid.

Christian Huber ist Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Basel und leitet am Departement für Klinische Forschung die Forschungsgruppe für Psychiatrische Versorgungsforschung und Sozialpsychiatrie. An den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel ist er Chefarzt und stellvertretender Direktor der Klinik für Erwachsene.

Ralf J. Jox ist Professor für medizinische Ethik an der Universität Lausanne und Direktor des Instituts für Humanities in der Medizin am Universitätsklinikum Lausanne (CHUV). Seine Forschungsschwerpunkte sind Ethik am Lebensende, Klinische Ethik, Neuroethik und Medizinphilosophie.

Marc Keller ist Literaturwissenschaftler und Postdoktorand im ERC-Projekt zum assistierten Sterben in Literatur, Film und Kunst an der Universität St. Gallen. Seine Forschungsgebiete bzw. -schwerpunkte sind deutschsprachige Literatur und Film der Gegenwart mit besonderem Fokus auf Narrative über Medizin und Tod.

Roland Kipke ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Philosophie an der Universität Bielefeld. Seine Forschungsgebiete sind Normative Ethik, Angewandte Ethik, Politische Philosophie.

Anna Kitta ist PhD Studentin, Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien / Ärztin in Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Palliative Care, Krankheitserleben, Ärzt*innen-Patient*innen Interaktion und Kommunikation, Medical Humanities, Medizindidaktik, Soziale Gerechtigkeit in der Medizin.

Eva Kowalinski ist Psychiaterin und leitet an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel eine Station für Menschen mit Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Autonomie und Zwang in der psychiatrischen Behandlung/assistierter Suizid bei psychisch erkrankten Personen.

Matthis Krischel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Centre for Health and Society der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und stellvertretender Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees des Universitätsklinikums Düsseldorf. Seine Forschungsgebiete sind Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und der Lebenswissenschaften.

Mario Kropf ist Universitätsassistent / Forschung und Lehre am Institut für Moralthologie, Professur für Health Care Ethics der Katholisch-Theologischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz. Seine Forschungsgebiete sind Medizin- und Pflegeethik und Bioethik.

Daniel Lucas ist Doktorand an der ETH Zürich, Professur für Praktische Philosophie. Sein Forschungsgebiet ist die Bioethik, insbesondere Ethik der Medizin, Ethik von Reproduktion und Elternschaft sowie Public Health und Social Epistemology.

Frank Mathwig ist Titularprofessor für Ethik an der Theologischen Fakultät der Universität Bern und Beauftragter für Theologie und Ethik bei der Evangelisch-reformierten Kirche Schweiz, EKS. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Bioethik, politische Ethik, Grundlagen der theologischen Ethik.

Hannah Mrozynski ist Ärztin am Interdisziplinären Zentrum für Palliative Versorgung am Universitätsklinikum Augsburg. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Suizidalität, Autonomie und die narrativ-biographische Einordnung von Suizidentscheidungen.

Christoph Rehmann-Sutter ist Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck und Titularprofessor für Philosophie an der Universität Basel. Er entwickelt hermeneutisch-philosophische Ansätze für die Bioethik in Kombination mit qualitativer empirischer Sozialforschung. Gegenwärtig bearbeitet er damit vor allem Fragen im Umkreis der Genetik, der Medizin am Lebensende, der Geschlechterforschung und der Klimakrise.

Gesine Richter ist Medizinethikerin am Institut für Experimentelle Medizin, Medizinethik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der empirischen Ethik und der Forschungsethik und beziehen sich aktuell auf die Sekundärdatennutzung und Einwilligungsformen in datenreiche medizinische Forschung, sowie Notwendigkeit und Möglichkeiten der Implementierung einer health data literacy.

Annette Riedel ist Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen. Ihre Forschungsgebiete bzw. -schwerpunkte sind im Bereich der Ethik in der Pflege, moralisches Belastungsleben von Pflegefachpersonen, Ethikkompetenzentwicklung und Palliative Care.

Sabrina Risse-Steller ist selbständige Rechtsanwältin, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Wirtschaftsstrafrecht von Herrn Professor Andreas Hoyer an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Johanna Stolze ist Ärztin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Ihre Forschungsgebiete sind medizinische Ethik, politische Philosophie und psychische Störungen

Beate Winkler ist Oberärztin an der Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf. Ihre Forschungsgebiete bzw. -schwerpunkte sind Kinderonkologie, Immunologie, Hirntumoren so wie Sterbehilfe-Verfahren.

