



André Böhning (Hrsg.)

Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte

Herausforderung für die Psychiatrie
und Psychotherapie

 hogrefe

Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte

Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte

André Böhning (Hrsg.)

Programmbereich Psychiatrie

André Böhning
(Hrsg.)

Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte

Herausforderung für die Psychiatrie
und Psychotherapie

Mit Beiträgen von

André Böhning	Rudolf Rengier
Daniel Büche	Dirk Richter
Ulrich Hemmeter	Bernadette Ruhwinkel
Christian Kind	Christiane Thomas-Hund
Ueli Nef	

Mit einem Geleitwort von Paul Hoff



Dr. André Böhning

Psychiatrie St. Gallen Nord (PSGN)
Stiftung Heimstätten Wil
Zürcherstraße 30
9500 Wil
Schweiz
E-Mail: andre.boehning@psgn.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Medizin/Psychiatrie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea
Bearbeitung: Gisela Fichtl, München
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Getty Images/Busà Photography
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2021
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96002-9)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76002-5)
ISBN 978-3-456-86002-2
<http://doi.org/10.1024/86002-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	11
Ein nicht klassisches Vorwort	15
<hr/>	
1 Der Wunsch nach assistiertem Suizid. Ethische Herausforderungen eines polarisierenden Themas	21
<i>Christian Kind</i>	
1.1 Entwicklung der ärztlichen Suizidhilfe in der Schweiz	22
1.2 Die Haltung der Schweizer Ärzteschaft	24
1.3 Ethische Erwägungen	26
1.4 Verhältnis von Patientenwohl und selbstbestimmtem Willen	27
1.5 Kann Suizidhilfe dem Wohl des Patienten dienen?	28
1.6 Lässt sich Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin vereinbaren?	29
1.7 Gesellschaftliche Konsequenzen des Angebots ärztlicher Suizidhilfe	30
1.8 Wann ist der Patientenwille selbstbestimmt?	32
1.9 Regelung durch die neuen Richtlinien der SAMW	33
<hr/>	
2 Unerträgliches Leiden und autonome Entscheidung. Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf Sterbehilfe nicht verwehrt werden darf	37
<i>Dirk Richter</i>	
2.1 Einleitung	38
2.2 Sozialer Wandel und die Veränderung des Leidens in der Gesellschaft .	42
2.3 Sterbehilfe in der individualisierten Gesellschaft	44
2.4 Die Frage der Rationalität des Sterbewunsches	46
2.5 Sterbehilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen aus sozialpsychiatrischer Perspektive	50

2.6	Die Rolle von Fachpersonen bei der Sterbehilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen	53
2.7	Schlussfolgerungen und weitere Herausforderungen	55

3 Der Wunsch nach einem beschleunigten Ende. Umgang mit dem Sterbewunsch in der Palliative Care 63

Daniel Büche

3.1	Einleitung	64
3.2	Normalisierung des Sterbewunsches	64
3.2.1	Auseinandersetzung mit dem Tod	64
3.2.2	Angst, Tod und Sterben	65
3.2.3	Suizidgedanken, Suizidwünsche, Suizid	66
3.3	Differenzierung des Sterbewunsches – der Wunsch nach einem beschleunigten Ende	70
3.4	Ansprechen von Suizidgedanken bei schwerer Erkrankung und im Sterben	74
3.5	Veränderbare Ursachen	77
3.5.1	Körperliche, psychische, soziale und spirituelle Symptome	77
3.5.2	Sich als Last fühlen	78
3.6	Respekt vor dem Patienten und seinen Entscheidungen	79
3.7	Beziehung halten	81
3.8	Der Wandelbarkeit des Sterbewunsches eine Chance geben	82
3.9	Verhindern von Not – Entscheidungen am Lebensende	83
3.10	Zusammenfassung	84

4 Die juristischen und politischen Rahmenbedingungen des assistierten Suizids 89

Ueli Nef

4.1	Einleitung	90
4.2	Begrifflichkeiten	91
4.3	Vorgaben in der Europäischen Menschenrechtskonvention	93
4.4	Die Rechtslage in der Schweiz	95
4.4.1	Verfassungsrecht	95
4.4.2	Gesetzesrecht: Strafrechtliche und gesundheitsrechtliche Normen	96
4.4.3	Strafrecht	97
4.4.4	Gesundheitsrecht	103
4.4.5	Assistierter Suizid bei psychischen Erkrankungen durch Ärztinnen und Ärzte	106

4.5	Ein Blick über die Grenze	110
4.5.1	Deutschland	110
4.5.2	Österreich	111
4.5.3	Niederlande	112
4.5.4	Belgien	112
4.6	Zusammenfassung und Bewertung	112
<hr/>		
5	Alt und lebensmüde? Suizidalität im Alter	117
	<i>Bernadette Ruhwinkel</i>	
5.1	Statistischer Überblick zur Situation bei älteren Menschen	118
5.2	Die juristische Seite	120
5.3	Fragen zum assistierten Suizid für ältere Menschen	121
5.3.1	Depressionen im Alter	122
5.3.2	Der Sterbewunsch älterer Menschen	124
5.4	Das Sterben ändert sich	126
5.4.1	Die Begleitung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach assistiertem Suizid	126
5.4.2	Prägung durch negative Altersbilder	128
5.4.3	Das Leben abrunden	129
5.4.4	Wird das Leben bis zum normalen Sterben zur Ausnahme?	130
5.5	Über den Tod und das Sterben sprechen	131
5.6	Vergessen wir die Angehörigen nicht	133
<hr/>		
6	Ambivalenzen beim Wunsch nach assistiertem Suizid. Kritische Anmerkungen zur ethisch-religiösen Argumentation in einer kontroversen Debatte	139
	<i>André Böhning</i>	
6.1	Die konkrete Frage nach der Würde	142
6.1.1	Die Normativität und Intention von Würde	142
6.1.2	Geschichte und Bedeutung eines normativen Verständnisses von Würde	144
6.1.3	Inhärente Würde theologisch begründet	145
6.1.4	Das individuelle Verständnis von Würde	148
6.1.5	Ein Paradox der individuellen Würde	149
6.1.6	Neuorientierung angesichts von Krankheit und Tod	152
6.1.7	Würdeempfinden und Selbstwert	153
6.1.8	Würde aus der Mitte der Gesellschaft	154
6.1.9	Assistierter Suizid – christlich oder unchristlich?	156

6.2	Autonomie – ihr Paradox und seine Auflösung	158
6.2.1	Bedeutung und Definition von Autonomie	158
6.2.2	Autonomie und assistierter Suizid	161
6.2.3	Rollenverteilungen im konkreten Fall	162
6.3	Fazit	163
<hr/>		
7	Die Bestimmung der Urteilsfähigkeit bei psychischer Erkrankung .	167
	<i>Christiane Thomas-Hund</i>	
7.1	Einleitung anhand eines konkreten Patientenfalls	168
7.2	Grundsätzliches	170
7.3	Was bedeutet Urteilsfähigkeit?	172
7.4	Der Beurteilungsprozess	172
7.4.1	Besondere Beurteilungssituationen	174
7.5	U-Doc-Formular zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit	178
<hr/>		
8	Assistierter Suizid in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung – ein (klinisch und ethisch) komplexes Fallbeispiel . .	185
	<i>Ulrich Hemmeter</i>	
8.1	Einleitung	186
8.2	Biografie des Patienten	186
8.3	Krankheitsanamnese	187
8.4	Psychische Erkrankungen	187
8.4.1	Aktuelle Krankheitsentwicklung seit 2018	189
8.4.2	Verlauf des stationären Aufenthalts nach Kontakt mit Exit . .	194
8.4.3	Ambulante Weiterbehandlung ab September 2018	197
8.5	Diskussion	199
8.5.1	Klinische und klinisch-ethische Problematik des Falls	199
8.5.2	Ethische Problematik des Wunschs nach Sterbehilfe bei psychiatrischer Erkrankung	201
8.5.3	Bewertung der Urteilsfähigkeit anhand der Richtlinien der SAMW	202
<hr/>		
9	Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Die strafrechtliche Perspektive in Deutschland	207
	<i>Rudolf Rengier</i>	
9.1	Abgrenzung zwischen strafbarer Fremdtötung und straflosem assistiertem Suizid	208

9.2	Konstellationen des assistierten Suizids durch aktives Tun und durch Unterlassen	209
9.2.1	Aktives Tun	209
9.2.2	Unterlassen	209
9.3	Suizidkonstellationen in den Bereichen der indirekten und passiven Sterbehilfe	209
9.3.1	Indirekte Sterbehilfe	210
9.3.2	Passive Sterbehilfe einschließlich Sterbehilfe durch (mutmaßlich) einverständlichen Behandlungsabbruch	210
9.4	Das Kriterium der Freiverantwortlichkeit	211
9.4.1	Rechtsprechung des BGH	211
9.4.2	Bundesverfassungsgericht	212
9.4.3	Literatur	213
9.4.4	Spezielle Situation bei psychisch Erkrankten	213
9.5	Bedeutung und Reichweite von Patientenverfügungen	214
9.5.1	Die wesentlichen gesetzlichen Vorschriften	214
9.5.2	Folgerungen	215
9.6	Die Verfassungswidrigkeit des § 217 dStGB	218
9.7	Fallbeispiele	219
9.8	Noch ein Blick in die Zukunft	222
<hr/>		
	Die Autorinnen und Autoren	223
<hr/>		
	Sachwortverzeichnis	225

Geleitwort

Als Teilgebiet der Medizin ist die Psychiatrie eine wissenschaftliche Disziplin, und das ist gut so. Zugleich ist sie besonders eng und auf eine komplexe Art verschränkt mit ethischen, rechtlichen und, generell, gesellschaftlichen Aspekten. Schon die basale (und doch so praxisrelevante) Frage, was denn eine psychische Erkrankung sei, wird je nach wissenschaftlichem und kulturellem Kontext markant unterschiedlich beantwortet.

Medizin ist eine Handlungswissenschaft, kommt es doch in Diagnostik und Therapie darauf an, professionelles Wissen und daraus abgeleitete Fähigkeiten auf die erkrankte Person und ihren Werthorizont zu beziehen. Gerade die Psychiatrie ist nur als eine solche „interpersonale Handlungswissenschaft“ denkbar. Unabhängig von der konkreten Fragestellung stellt die vertrauensvolle, belastbare und reflektierte therapeutische Beziehung eine *conditio sine qua non* dar, die, wie Untersuchungen immer wieder zeigen, entscheidenden Einfluss auf das Behandlungsergebnis nimmt.

Beide Facetten der Psychiatrie, ihre „externe“ gesellschaftliche Einbettung sowie ihre besondere „interne“ Verwiesenheit auf die Interpersonalität, haben zur Folge, dass sich unser Fach diesen vielschichtigen Fragen kontinuierlich auszusetzen hat. Ein solcher Prozess wird nachhaltig und differenziert sein müssen, denn die verhandelten Themen verweigern sich jeder voreiligen Antwort. Konkreter: Nimmt die Psychiatrie diese „Anstrengung des Begriffs“ nicht oder nur halbherzig auf sich, wird sie wissenschaftlich flacher und therapeutisch schwächer.

Was das mit dem Thema „assistierter Suizid“ zu tun hat? Sehr viel, denn die in den letzten Jahren in Psychiatrie *und* Öffentlichkeit auflebende Diskussion über „Sterbehilfe“, „physician-assisted death“ (PAD) oder „medical assistance in dying“ (MAiD) ist geradezu ein Paradebeispiel für das obige Postulat. Dabei gilt es, die formale und die inhaltliche Seite im Auge zu behalten: Zum einen, der *formale*

Aspekt, darf es keinen Raum geben für dogmatische Rigidität und unangemessene Vereinfachung. Zum anderen müssen die vielfältigen *inhaltlichen* Spannungsfelder präzise benannt und transparent bearbeitet werden.

Ich nenne einige Beispiele:

- Wie gestalten wir die Balance zwischen den grundlegenden medizinethischen Werten der Patientenautonomie und der Fürsorge?
- Wie stellen wir sicher, dass auch im Kontext des assistierten Suizides körperliche und psychische Erkrankungen im Grundsatz gleichgestellt werden (denn alles andere wäre diskriminierend)?
- Wie – vielleicht die schwierigste, weil „persönlichste“ Frage – finden wir zu einer zuverlässigen Beurteilung, ob ein Sterbewunsch auf einer abgewogenen autonomen Entscheidung beruht oder wesentlich, wenn nicht gänzlich auf einen durch die psychische Erkrankung substanziiell veränderten personalen Werthorizont gründet?
- Schließlich, mit Blick auf das Selbstverständnis des ärztlichen Berufes: Können der Schutz des Lebens, von jeher kardinaler Bestandteil der Medizinethik, und eine (wie auch immer gestaltete) „medizinische Assistenz zum Sterben“ widerspruchsfreie Elemente ärztlichen Handelns sein?
- Wenn Letzteres möglich sein sollte, wie verhindern wir eine schleichende Erosion ethischer Prinzipien durch die Entproblematisierung des assistierten Suizides, der dann, sei es gewollt oder ungewollt, als „normaler“ Bestandteil des ärztlichen Berufes wahrgenommen würde? Denn dies könnte gerade mit Blick auf schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen („severe and persistent mental illness“, SPMI) ein bedenkliches gesellschaftliches Zeichen setzen („slippery slope-Argument“).

Das sind viele und zweifellos anspruchsvolle Fragen. Und dennoch: Wir, das gesamte medizinische Feld und damit auch die Psychiatrie, *müssen* uns ihnen stellen, und zwar sowohl hinsichtlich der Identität einzelner Berufsgruppen als auch in dezidiert berufsgruppenübergreifender Perspektive. Das Thema gehört eben notwendig zur Psychiatrie und kann nicht vollständig an „die Ethik“ oder „das Recht“ delegiert werden. Ziel eines solchen Diskurses kann aber nicht sein, einen Konsens zu erzwingen, der ohnehin nur ein Pseudokonsens wäre und denjenigen Fachpersonen nicht helfen würde, die Entscheide im Kontext des assistierten Suizides zu treffen und (notabene vor anderen *und* vor sich selbst) zu vertreten haben. Es braucht vielmehr eine Debattenkultur, die das Gespräch auch im Dissensfall ermöglicht und so tragfähige Grundlagen schafft, um trotz bestehender Wertekonflikte im Einzelfall zu einer angemessenen personenzentrierten Lösung zu gelangen.

Der vorliegende Band beschreitet diesen Weg und zeigt damit Respekt vor dem Thema: Er formuliert die für unser therapeutisches Handeln entscheidenden Fragen, stellt divergierende, aber substantiell begründete Antworten vor und fordert zum konsequenten Weiterdenken auf, sei es in theoretischer Hinsicht oder mit Blick auf konkrete Abwägungsprozesse in den psychiatrischen Stationen, Ambulatorien oder Praxen. Genau das ist vonnöten, denn abgeschlossen wird diese Debatte nie sein.

Im November 2019

Paul Hoff, Zürich

Ein nicht klassisches Vorwort

An der kleinen Michaels-Kapelle auf dem alten Friedhof in Freiburg im Breisgau ist in deren Vorhalle eine kleine Bilderserie zu betrachten: ein gemalter Totentanz. „Media vita in morte sumus!“ könnte der Titel dieser Serie lauten. Mitten im Leben sind wir vom Tod umfungen! Die Bilder zeigen, dass uns der Tod in jeder Lebenssituation, von der Wiege bis ins hohe Alter begleitet, ereilen kann und sich zu seiner Zeit ereignet. Er wirkt dort wie ein Lebensbegleiter und unberechenbarer Zeitgenosse, der kommt, wann er will, ungefragt, manchmal verflucht oder erlösend ersehnt.

Über Jahrtausende sind Sterben und Tod eines Menschen etwas „Vertrautes“, nahezu Alltägliches und Selbstverständliches. Das gesellschaftliche Sozialgefüge kennt nicht die individualisierte Lebensform der heutigen Zeit. Das Selbstverständnis ist primär durch den sozialen Rahmen, die Familie, die Dorfgemeinschaft, die Religion u. v. m. geprägt. Das engere Sozialgefüge ist für die Pflege und Fürsorge verantwortlich, was die Verwandten mit psychischen Beeinträchtigten einschließt. Der Tod wird tröstend im Wissen und Glauben aufgefangen, dass die eigene Geschichte im geschaffenen Werk und/oder durch die jüngere Generation lebendig bleibt. Die familiäre Gemeinschaft spendet Trost und Halt. Sterben und Tod sind dabei nicht weniger traurig oder dramatisch. Sie wirken genauso bedrohlich und gefährden Existenzen. Eine soziale Absicherung besteht oft nicht. Ängste bestehen vorwiegend vor dem Scheintod oder der Hölle.

Müsste man über das heutige Verständnis von Sterben und Tod in Westeuropa eine neue Bilderserie malen, wäre diese grundlegend anders. Der Tod wird seit dem letzten Jahrhundert weitgehend tabuisiert und seine dunkle Seite betont. Die Palliativ- und Hospizbewegungen leisten einen erheblichen Beitrag dazu, dass Sterben und Tod nicht mehr im gleichen Ausmaß aus dem Leben verbannt wer-

den. Die Erkenntnis mag ein klein wenig mehr gereift sein, dass man nicht gleich stirbt, wenn man über das Sterben redet, sondern dass das Sterben etwas leichter wird, wenn man es in Worte und Gesten kleidet. Die Gespräche bleiben dennoch schwer und zugleich nachhaltig erleichternd, wenn sie geführt sind. „Gott sei Dank haben wir das mal besprochen“, heißt es dann oft.

Der medizinische Fortschritt ist im Vergleich zu früher erheblich und bringt Linderung. Die Lebenserwartung und -qualität in der Krankheit stieg. Eine diffus wirkende Art der positivistischen Wissenschaftsgläubigkeit ersetzt für viele die Religion. Das Bewusstsein, sterblich zu sein, wird von den Bemühungen betäubt, alles tun zu müssen, um das Leben zu erhalten, zu verlängern und so lange wie möglich dem Tod zu entkommen. Dies wurde dank der Palliativmedizin relativiert. Menschen dürfen heute auch sterben, wenn keine Heilung mehr möglich ist, und müssen wenig hilfreiche Operationen nicht über sich ergehen lassen.

Wenn Möglichkeiten der kurativen Medizin am Ende sind, geht es vielen vorwiegend darum, schmerzfrei aus dem Leben zu scheiden. Das Leben darf nicht zum „Dahin-Vegetieren“ verkommen. Die Selbstkontrolle, Selbstbestimmung und „Herr seiner Selbst“ zu bleiben, sind zentrale Bedürfnisse. Ein Kontrollverlust ist das bedrohliche Gegenteil von Autonomie. Diese wird von vielen dann als „kein Leben mehr“ und würdelos empfunden.

Letzteres führte zu der Frage nach dem „Wie“ des Sterbens und dem Umgang damit. Die Errungenschaften der Palliativmedizin versprechen weitgehend, aber nicht 100%ige Schmerzfreiheit und mehr Lebensqualität am Lebensende. Sterbehilfe bzw. der assistierte Suizid sollen als selbstbestimmte Form des Sterbens dabei helfen, dass das Lebensende bei unheilbarer Krankheit kein „Dahin-Vegetieren“, mittels Assistenz beendet wird und schmerzfrei wie würdevoll bleibt. Der Tod kommt nicht mehr, wann *er* will, sondern man führt ihn bewusst herbei. Der einzelne Mensch bestimmt nach eingängiger Behandlung und seinen ethischen Maßstäben für sich, was er noch als würdevoll und lebenswert empfindet, welchen Weg er für sich wählt.

Das ist nicht in allen europäischen Ländern gleich möglich. In Deutschland steht die praktische Ausgestaltung des Umgangs mit dem assistierten Suizid neu an. Dort wie in den meisten westeuropäischen Ländern gilt, dass Autonomie und Selbstbestimmung gesellschaftlicher Mainstream sind. Dem trägt die deutsche Rechtsprechung Rechnung. Das deutsche Bundesverfassungsgericht erklärte in einem Urteil vom 26. Februar 2020 zur Sterbehilfe die Autonomie zum Maßstab für die letzten Lebensdinge. Der einzelne Schwerstkranke darf über sein Leben und Sterben entscheiden und verfügen.

Dies alles macht es aber in der Praxis nicht einfacher, und dieses Buch soll hier eine Unterstützung sein. Es gibt kein Evaluierungsprogramm und keinen definitiven Algorithmus, der kurzfristige Klarheit und eine Entscheidung in eine von Ambivalenzen geprägte Situation bringt. Hier für Klarheit und Einsicht zu sorgen, ist natürlich Teil des Behandlungsauftrags, der dazu beiträgt, dass ein Patient oder eine Patientin nicht zur „beliebig verschiebbaren Figur auf dem Schachfeld“ verschiedener Meinungen und Interessen wird. Der assistierte Suizid ist dabei nicht nur ein individuell reduzierter, sondern immer auch sozialer Akt. Es sind andere Menschen beteiligt und nehmen Einfluss, selbst wenn sie den Einfluss so klein wie möglich halten und die Autonomie fördern wollen.

Wer entscheidet denn aber nun wirklich mit, für wen was wann nach welchen Kriterien und ethischen Maßstäben bei welcher Erkrankung getan wird? Angehörige, die bestenfalls eine Entscheidung ihres schwerst- oder todkranken Verwandten mittragen, die aber auch dagegen sein können und hierbei maßgeblich für die Feststellung des mutmaßlichen Willens sind? Ärzte, auf deren Selbst- und Berufsverständnis Sterbehilfe eine Auswirkung hat, die sich in überwiegender Zahl zuerst dem Lebenserhalt verpflichtet fühlen? Paragrafen, wie der kürzlich abgeschaffte umstrittene § 217 im deutschen Strafgesetzbuch, der für die Medizin noch mehr Verwirrungen erzeugte und diffuse Situationen heraufbeschwor, als es vorher schon gab? Religionen, die ein normatives Verständnis von Würde haben und deren Selbstbestimmung in Relation zu einer transzendenten Größe steht? *Die* Gesellschaft, die vielleicht doch in einer Art Common Sense unbewusst einen kaum definierbaren Druck ausübt, man solle anderen mit der eigenen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nicht zur Last fallen? *Die* Gesellschaft, die Mühe hat zu akzeptieren, dass es Todkranke gibt, die ein Leben führen wollen, dass jeder Gesunde als Strafe empfinde? Kritiker von Sterbehilfeorganisationen, die übersehen, dass diese Organisationen einen wichtigen Dienst in der Gesellschaft leisten, Sicherheit bieten und dass die wenigsten Mitglieder einer solchen Organisation diese in Anspruch nehmen, sondern sich nach einem natürlichen Tod sehnen und diesen erfahren?

Die damit andeutungshaft geschilderte Vielschichtigkeit der Debatte zum assistierten Suizid für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist in diesem Buch zu finden, die wichtigsten medizinischen, therapeutischen, juristischen und ethischen Spannungsfelder und entsprechend die verschiedenen Fachmeinungen dazu.

Es ist auffällig, dass die Debatte über Sterbehilfe für psychisch Kranke in der Psychiatrie bisher weitgehend ver- oder gemieden wurde. Das mag daran liegen, dass diese Anfragen unserer Erfahrung nach quantitativ nicht häufig vorkommen.

Das ist aber auch mit der immer wiederkehrenden strittigen, als unklärbar erscheinenden Frage begründbar, wie stark der Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Entscheidung ist und ob diese bei erfolgreicher Therapie anders getroffen würde. In der Praxis findet man sich in der Ambivalenz wieder, ob der geäußerte Wunsch nach assistiertem Suizid wirklich autonome Entscheidung oder Symptom für die Erkrankung ist. Die Beiträge sollen entsprechend eine Reflexionshilfe und Anregung für die Praxis in Psychiatrie und Psychotherapie bieten, wenn der assistierte Suizid zum Thema wird. Die Krieriologie der Urteilsfähigkeit ist von essenzieller Bedeutung, aber natürlich auch die gesellschaftlichen und juristischen Rahmenbedingungen.

Das vorliegende Buch geht auf eine Tagung zurück, die im Frühjahr 2019 in der Psychiatrie St. Gallen Nord im ostschweizerischen Wil mit hoher Beteiligung stattfand. Die Tagung war zunächst in der Entstehung nicht unumstritten. In einer kantonalen Einrichtung des Kantons St. Gallen ist der assistierte Suizid nämlich nicht erlaubt. So war zuerst der Verdacht auszüräumen, dass wir willentlich einen Beitrag leisten würden, diese gesetzliche Situation aufzuweichen. Dem war nicht so! Daran wird für die deutsche Leserschaft erkennbar, dass in der Schweiz die Situation nicht einheitlich ist, wenn in Deutschland davon gesprochen wird, man fahre „in die Schweiz“. Eidgenossen sind in ihrem Föderalismus „etwas“ exzessiver als ihre nördlichen Nachbarn. Ziel der Tagung war natürlich primär der fachlich überfällige Diskurs zum umstrittenen Thema „Assistierter Suizid für psychisch Kranke“. Die Bedeutung der Thematik und ihrer Praxisrelevanz wird perspektivisch unisono als zunehmend eingeschätzt. In Deutschland wird man inhaltlich in der nun neu zu führenden Debatte von der Schweiz u. a. lernen können, welche langfristige Entwicklung die Debatte über den assistierten Suizid und die Gesellschaft im Diskurs über Sterben und Tod nahm und nimmt.

Ich bin allen Beteiligten, die sich aus ihrem Fachgebiet hier äußern, sehr dankbar, dass Tagung und Buch gelingen konnten. Der Dank gilt Dr. med. Daniel Büche, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Prof. em. Dr. med. Christian Kind, Lic. iur. Ueli Nef, Prof. Dr. phil. Dirk Richter, Dr. med. Bernadette Ruhwinkel und Dr. med. Christiane Thomas-Hund. Zur Struktur des Buches gehört, dass nicht an dieser Stelle, sondern vor jedem Kapitel eine kurze Zusammenfassung des Herausgebers des Kapitelinhalts gestellt ist.

Vor dem Hintergrund einer sich stets entwickelnden Debatte sind sich alle im Klaren, dass weder die Tagung wirklich beendet, noch dieses Buch jemals fertig sein werden. Das war schnell deutlich, als im Februar 2020 das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe zum Paragraphen 217 des Strafgesetzbuchs ge-

sprochen wurde. Es freut mich, dass Prof. em. Dr. iur. Rudolf Rengier zu diesem Buch unabhängig von der Tagung zu einer fachkundigen Einschätzung der neuen juristischen Situation in Deutschland beiträgt.

Ein besonderer Dank sei dem Hogrefe-Verlag und seiner Lektorin Susanne Ristea gesagt, die mit Umsicht und Geduld das Entstehen dieses Werks in schwieriger Zeit ermöglichte und begleitete.

Wil, Juni 2020

André Böhning

1

Der Wunsch nach assistiertem Suizid. Ethische Herausforderungen eines polarisierenden Themas

Christian Kind

Editorial des Herausgebers

Das Patientenwohl ist der zentrale Referenzpunkt eines medizinischen Diskurses. Das gilt als internationaler Standard und in gleichem Maß bezüglich des assistierten Suizids. In diesem ersten Beitrag wird die grundsätzliche Frage behandelt, ob sich der assistierte Suizid mit den Zielen der Medizin grundsätzlich vereinbaren lässt und wie umfassend bzw. diffizil eine Verständigung auf ein gemeinsames Verständnis von Patientenwohl überhaupt ist. In der Summe wird der assistierte Suizid in keiner Situation als das objektiv beste Interesse eines Patienten bzw. einer Patientin verstanden, sondern unter Einhaltung bestimmter Kriterien als ethisch verantwortbar.

Um die Entwicklung dieser Kontroverse zu verstehen, ist ein erster qualitativer und quantitativer Überblick rund um den assistierten Suizid in der Schweiz notwendig. Dass diese Debatte mit allen Beteiligten entlang ideologischer Trennlinien zu führen war und sein wird, wird dabei niemand verwundern. Umgekehrt bedeutet dieser Sachverhalt, dass die Vermittlungsarbeit Kernbestandteil dieses Diskurses ist. Der Autor weiß davon umfassend zu berichten, denn er ist der Vorsitzende der Kommission, die die 2018 erschienenen und kontrovers diskutierte Richtlinien „Umgang mit Sterben und Tod“ der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaft (samw.ch) entwickelte.

1.1 Entwicklung der ärztlichen Suizidhilfe in der Schweiz

Die Beihilfe zum Suizid aus uneigennütigen Motiven ist in der Schweiz seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts straflos.¹ Der Gesetzgeber hatte damals allerdings nicht Suizidwillige im Blick, die aus medizinischen Gründen Unterstützung verlangten, sondern Menschen, die wegen Ehrverlusts ihr Leben beenden wollten. Erst in den Siebzigerjahren, als die Möglichkeiten einer lebenserhaltenden Intensivmedizin wuchsen und Ängste vor einem Verlust der Selbstbestimmung gegenüber einer übermächtigen technischen Medizin zunahmen, kam nicht nur der Ruf nach einem Recht auf Ablehnung solcher Behandlungen auf. Es wurde auch gefordert, unheilbar Kranken ärztliche Unterstützung zur Lebensbeendigung zu gewähren. Diese Anliegen wurden zu Beginn der Achtzigerjahre von zwei, in der deutschen bzw. französischen Schweiz unter dem Namen *Exit* zu diesem Zweck gegründeten Gesellschaften, aufgenommen. Einerseits förderten diese das Verfassen und die Anerkennung von Patientenverfügungen, um ärztliche Übertherapie abzuwehren. Andererseits wurde ein Angebot der ärztlichen Suizidhilfe bereitgestellt, da dafür, im Gegensatz zur auch diskutierten ärztlichen Tötung auf Verlangen, in der Schweiz keine Gesetzesänderung notwendig war.

Anfang des 21. Jahrhunderts wuchsen die Mitgliederzahlen der beiden Exit-Vereine sehr stark, und ihr Auftritt und ihre Öffentlichkeitsarbeit wurden professionalisiert. Darüber hinaus wurden die Vereine *Dignitas*, *Exit International* und später *lifecircle* gegründet, die auch nicht in der Schweiz wohnhaften Personen Suizidhilfe anboten. Dies stößt als „Suizidhilfetourismus“ auf starke Kritik im In- und Ausland. Seit 2003 unterscheidet das Bundesamt für Statistik zwischen assistiertem Suizid und übrigen Suiziden, sodass neben den Jahresberichten der Suizidhilfeorganisationen nun auch eine amtliche Statistik (Bundesamt für Statistik, 2018a) über die Entwicklung dieses Phänomens besteht. Diese zeigt einen exponentiellen Anstieg der assistierten Suizide über die letzten 15 Jahre (vgl. **Abb. 1-1**).

Aufgrund der aktuelleren Daten von Exit Deutsche Schweiz (2019) ist zu vermuten, dass ihre Zahl 2018 die Tausendermarke überschritten hat und damit gut 1,5% aller Todesfälle umfasst. Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 67 zum Lebensende wurden bei einer großen Zufallsstichprobe von Ärzten, die

1 Schweizerische Eidgenossenschaft (1937). Schweizerisches Strafgesetzbuch, Art. 115: „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.“ Zugriff am 6.4.2019 unter <https://www.admin.ch>

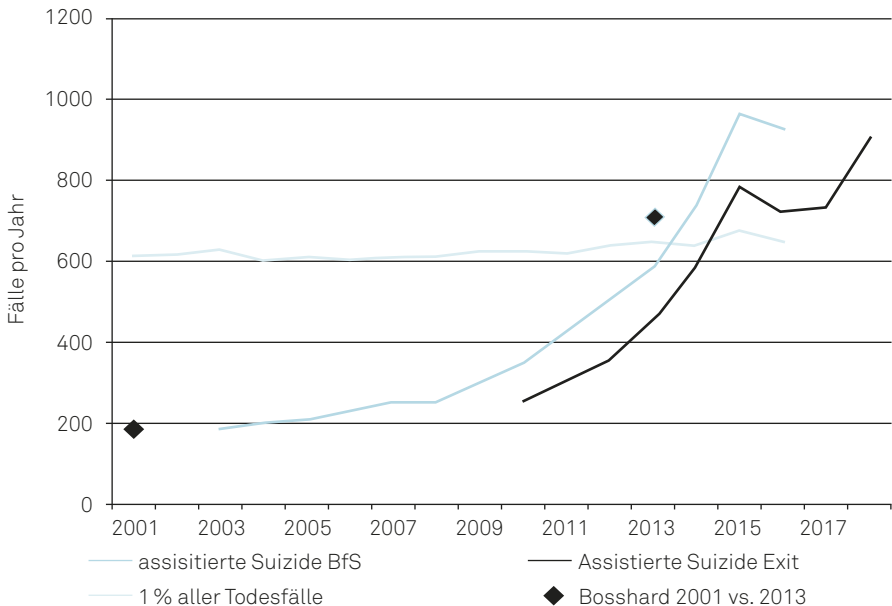


Abbildung 1-1: Entwicklung der Zahl assistierter Suizide aufgrund der Statistiken des Bundesamts für Statistik (Bundesamt für Statistik, 2018a), von Exit Deutsche Schweiz (Exit Deutsche Schweiz, 2019) und der Arbeit von Bosshard et al. (2016). Die 1 % aller Todesfälle entsprechende Anzahl ist als Vergleichsbasis angegeben.

im Jahr 2013 Todesfallmeldungen ausgefüllt hatten, nach international standardisierter Methode mit einem anonymen Fragebogen die angewendeten ärztlichen Handlungen am Lebensende erfragt. Die Resultate wurden mit einer analogen Erhebung für das Jahr 2001 verglichen (Bosshard et al., 2016). Die Zahlen für die Suizidhilfe validieren den von der amtlichen Statistik gefundenen Anstieg, können aber auch den Verdacht wecken, dass neben den amtlich gemeldeten Fällen eine gewisse Dunkelziffer bestehen könnte (Abbildung 1-1). Die Studie bestätigte aber auch, dass der assistierte Suizid eine selten angewendete Praxis am Lebensende ist und von der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod, die zwischen 2003 und 2013 um den gleichen Faktor von 3,7 zugenommen hat, bei weitem übertroffen wird (vgl. **Abb. 1-2**).

Von Interesse ist auch, dass der assistierte Suizid (Exit Deutsche Schweiz, 2019; Schweizerische Depeschagentur, 2019) bei Frauen sehr viel häufiger ist als bei Männern, ganz im Gegensatz zu den übrigen Suiziden (vgl. **Abb. 1-3**). Die amtliche Statistik zeigt auch, dass die Zunahme assistierter Suizide (nicht von einer vergleichbaren Abnahme der übrigen Suizide), (Bundesamt für Statistik 2018b), begleitet war.

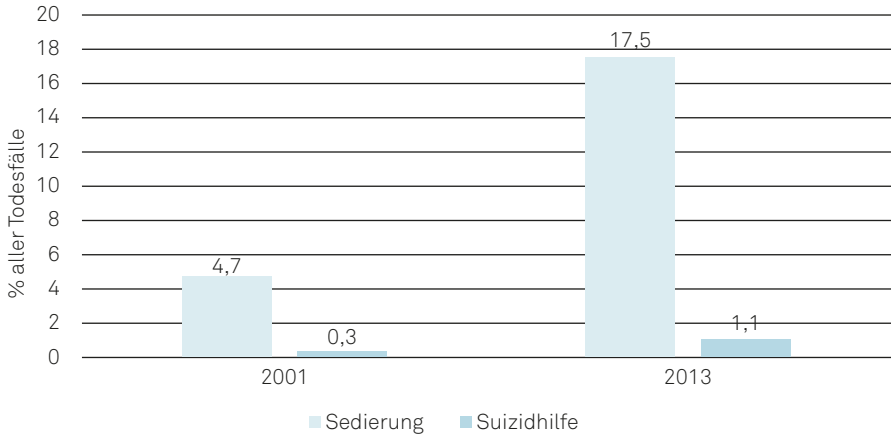


Abbildung 1-2: Zunahme der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod und der Suizidhilfe zwischen 2001 und 2013 (Bosshard et al., 2016).

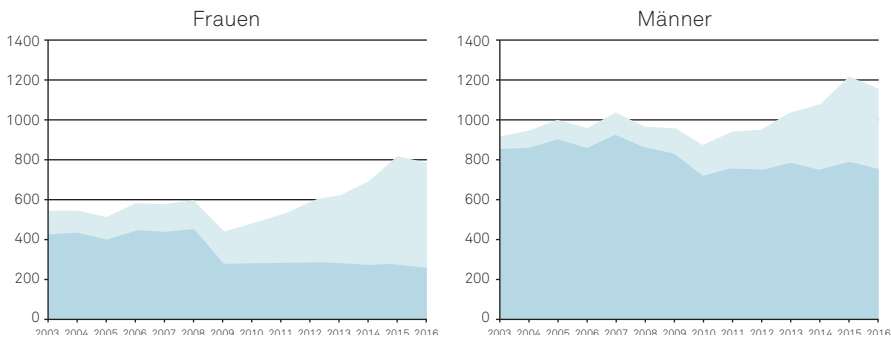


Abbildung 1-3: Entwicklung der Zahl der assistierten Suizide (Bundesamt für Statistik, 2018a; Exit Deutsche Schweiz, 2019) und der übrigen Suizide (Bundesamt für Statistik, 2018b) bei Frauen und bei Männern aufgrund der Statistiken des Bundesamts für Statistik 2003–2016.

1.2 Die Haltung der Schweizer Ärzteschaft

In den Anfangsstadien der Suizidhilfebewegung wurde diese nur von einer kleinen Minderheit der Ärzteschaft unterstützt. Die meisten Ärztinnen und Ärzte lehnten den assistierten Suizid aufgrund der traditionellen Medizinethik ab. Allerdings äußerte sich dies bei den ärztlichen Institutionen zunächst eher so, dass die Möglichkeit der Suizidhilfe nicht kritisiert, sondern schlicht ignoriert wurde. De-

mensprechend hat sich die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihren medizinethischen Richtlinien zur ärztlichen Tätigkeit am Lebensende über längere Zeit nicht zu diesem Thema geäußert.

Phase des Ignorierens

Die ersten Richtlinien zur Sterbehilfe von 1976 behandelten die unter bestimmten Bedingungen zulässige bzw. gebotene passive und die verbotene aktive Sterbehilfe, erwähnen aber die Hilfe zum Suizid mit keinem Wort. Dieses Vorgehen wurde bei einer ersten Revision 1981 beibehalten. Erst in den Richtlinien „Ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“ von 1995 wurde festgehalten: „Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 1995) Danach wurde die Diskussion um dieses Thema in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der SAMW, mit wechselnder Intensität, aber mehr oder weniger kontinuierlich, weitergeführt, während sich die Praxis der Suizidhilfe etablierte und sowohl quantitativ wie qualitativ weiterentwickelte. Eine erneute Revision der Richtlinien 2004 unter dem Titel „Ärztliche Betreuung von Patienten am Lebensende“ hatte an dieser Situation wenig geändert. Diese Version der Richtlinien stellte fest, dass die Suizidhilfe „den Zielen der Medizin widerspricht“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2004), enthielt aber eine Ausnahmeregelung für Ärzte, die bei der Betreuung eines Patienten am Lebensende in einen Gewissenskonflikt geraten.

Suche nach einem ethisch vertretbaren Weg

Aufgrund von Berichten über ethisch problematische Praktiken im Bereich der Suizidhilfe sah sich die zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) Anfang 2012 veranlasst, auf die bestehenden Probleme und auf die geltenden Regelungen hinzuweisen. Dies löste eine relativ heftige Kritik an der Haltung der SAMW von Seiten von Befürwortern der ärztlichen Suizidhilfe aus. Seither befasste sich die SAMW intensiver mit dem Thema, in der Hoffnung, einen praktisch gangbaren und ethisch vertretbaren Weg durch diese, aufgrund unüberbrückbarer weltanschaulicher Differenzen letztlich wohl nicht lösbare Kontroverse zu finden. Im Rahmen dieser Bemühungen wurde auch eine empirische Studie in Auftrag gegeben.

Mit ihrer Hilfe sollte die Haltung der Schweizer Ärzteschaft zur ethischen Vertretbarkeit der Suizidhilfe generell und zu deren Bedingungen erforscht werden. Die Forschungsgruppe Brauer & Strub – Medizin Ethik Politik und das Büro Vatter AG – Politikforschung- und beratung führten 2014 eine qualitative Studie mit 12 Interviews sowie eine schriftliche Befragung einer repräsentativen Stichprobe von

4837 Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen aus der ganzen Schweiz durch (Brauer, Bolliger & Strub, 2014). Die 1318 auswertbaren Antwortbogen erlaubten eine differenzierte Beurteilung, jedoch bei einem Rücklauf von lediglich 27% keine zuverlässigen Schlüsse auf die Gesamtheit der Ärzteschaft. Es ist davon auszugehen, dass die an dieser Thematik, sei es im zustimmenden oder ablehnenden Sinn, besonders Interessierten bei den Antworten übervertreten sind.

Die Studie ergab, kurz zusammengefasst, folgende Resultate:

- Nur eine Minderheit von 22% der Antwortenden war der Meinung, ärztliche Suizidhilfe sollte grundsätzlich nicht erlaubt sein.
- Eine gewichtige Minderheit kann sich Situationen, in denen sie persönlich bereit wären, Suizidhilfe zu leisten, nicht (22%) oder eher nicht (25%) vorstellen.
- Eine Mehrheit von 64% antwortete auf die Frage, ob sie bei Erfüllung der Voraussetzungen ein tödliches Medikament verschreiben oder abgeben würden mit Nein.
- Die Frage nach persönlichen Erfahrungen mit Suizidhilfe ergab, dass die überwiegende Mehrheit der Antwortenden nur selten oder nie mit dem Wunsch nach Suizidhilfe konfrontiert wurden, während das bei einer ganz kleinen Minderheit sehr häufig der Fall war.
- Persönlich bei einem assistierten Suizid mitgewirkt hatten 96% der Antwortenden nie, 6% ein bis vier Mal seit Beginn ihrer Praxistätigkeit. Am anderen Ende des Spektrums fanden sich zwei Antwortende, die je über 50, und eine Person, die gar über 100 Mal involviert waren.
- Die Frage, ob die Suizidhilfe in bestimmten Situationen für vertretbar angesehen wird, wurde umso eher positiv beantwortet, je eindeutiger eine Krankheit somatisch und terminal ist. Die Spanne reichte von 78% Zustimmung für Suizidhilfe am Lebensende über 59% bei chronisch progredienten Erkrankungen bis zu 20% bei gesunden Hochbetagten. 32% hielten die Suizidhilfe bei schweren psychischen Erkrankungen für vertretbar. Paradoxaerweise sprachen sich 74% der Antwortenden dafür aus, das Kriterium des nahen Lebensendes in den Richtlinien beizubehalten.

1.3 Ethische Erwägungen

Direkte Beobachtungen und Meinungsumfragen können ethisches Argumentieren lediglich unterstützen, dürfen es aber nicht ersetzen. Es soll deshalb im Folgenden versucht werden, in Kürze ethische Argumente für und wider die ärztliche

Suizidhilfe zusammenzutragen. Dabei wird als struktureller Hintergrund die Betrachtungsweise anhand der vier traditionellen medizin-ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (1994) verwendet und das Spannungsfeld ausgeleuchtet, in dem diese Prinzipien zueinanderstehen.

Die beiden Prinzipien „Gutes Tun“ (Beneficence) und „nicht Schaden“ (Non-maleficence) entsprechen den Grundforderungen der klassischen hippokratischen Ethik. Da jede wirksame medizinische Intervention nicht nur positive Effekte, sondern auch unerwünschte Nebenwirkungen hat, ist zwischen diesen Prinzipien bereits ein therapeutisches Abwägen notwendig, damit das ärztliche Handeln im Endeffekt zum Wohl von Patientinnen und Patienten bzw. in deren bestem Interesse erfolgt. Aufgrund des Prinzips „Autonomie respektieren“ muss zudem dem selbstbestimmten Patientenwillen gemäß gehandelt werden. Neben diesen individual-ethischen Grundsätzen gilt es aber auch, nach dem Prinzip „Gerechtigkeit“ die soziale Verantwortung wahrzunehmen und durch ärztliches Handeln weder das Patientenumfeld noch die Gesellschaft unverhältnismäßig zu belasten.

1.4 Verhältnis von Patientenwohl und selbstbestimmtem Willen

Grundsätzlich darf eine ärztliche Intervention nur durchgeführt werden, wenn sie dem Patientenwohl dient und der urteilsfähige und informierte Patient selbstbestimmt seine Zustimmung gegeben hat. Während der Wille zur Zustimmung allein vom Patienten gebildet werden kann, braucht es für die Definition dessen, was seinem Wohl dient, einerseits die objektive ärztliche Beurteilung des in dieser Situation medizinisch Indizierten, andererseits die subjektive Bewertung durch den Patienten. Diese beiden Einschätzungen können in manchen Situationen divergieren. Eine Behandlung, die aufgrund von medizinischer Evidenz und ärztlicher Erfahrung medizinisch indiziert ist und im besten Interesse eines durchschnittlichen, vernünftigen Patienten liegt, kann den individuellen Wertvorstellungen und persönlichen Interessen eines bestimmten Patienten widersprechen und von ihm abgelehnt werden. In diesem Fall darf die Behandlung bei einem urteilsfähigen Patienten weder begonnen noch weitergeführt werden. Dies gilt auch für bereits installierte lebenserhaltende Maßnahmen, wie Beatmung oder Herzschrittmacher, die auf Verlangen entfernt werden müssen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2018). Umgekehrt kann aber auch eine Behandlung, die vom Patienten verlangt wird, aber nach medizinischer Evidenz nicht indiziert und dem objektiven Wohl des Patienten abträglich ist, vom Arzt nicht verant-

wortet werden. Wenn z.B. ein Patient mit einem Tumor, der mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit weder das Leben verkürzen, noch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen wird, eine radikale Operation und eine Chemotherapie verlangt, darf diesem Wunsch nicht stattgegeben werden. Andernfalls würde die Medizin zum reinen Konsumgut. Ein Arzt, der nicht glaubwürdig vermitteln kann, dass er unter Hintansetzung eigener Interessen nach bestem Wissen und Gewissen für das einsteht, was er für das beste Interesse des Patienten hält, könnte kaum dessen Vertrauen erwerben und erhalten (Kind, 2018). Für jede ärztliche Handlung braucht es deshalb neben der selbstbestimmten Zustimmung des Patienten die ärztliche Überzeugung zu dessen Wohl zu handeln.

1.5 Kann Suizidhilfe dem Wohl des Patienten dienen?

Während offensichtlich eine zunehmende Zahl von Menschen in der Schweiz der Ansicht sind, dass Suizidhilfe in bestimmten Situationen ihrem subjektiven Wohl dienen würde, ist die Frage, ob sie auch aus medizinischer Sicht im besten Interesse des Patienten liegen kann, weltweit höchst umstritten. **Befürworter** führen an, dass ein selbstbestimmtes Ende voraussehbarem schwerem Leiden vorzuziehen sei, der Verlust der Selbstbestimmung den Verlust des Lebenswertes bedeuten könne und es besser sei, seinen Mitmenschen nicht durch Abhängigkeit zur Last zu fallen. **Gegner** weisen darauf hin, dass die Zukunft nie sicher vorausgesehen werden könne und deshalb besser hoffnungsvoll offen gelassen werden solle, dass in menschlichen Beziehungen auch ein Leben in Abhängigkeit an sich wertvoll sei, und dass sich die menschliche Begleitung durch schweres Leiden hindurch für beide Seiten als Bereicherung erweisen könne.

Die Argumente beider Seiten lassen sich subjektiv nachvollziehen und je nach persönlicher Werthaltung für den Einzelnen als zutreffend oder nicht beurteilen. Wenn sie jedoch objektiviert und verallgemeinert werden, werden sie ethisch höchst problematisch. Es missachtet die Menschenwürde der betroffenen Personen (Mathwig, 2013), wenn bestimmte Lebenssituationen generell als nicht lebenswert bezeichnet werden. Und sobald objektive medizinische Befunde als Indikation für Suizidhilfe festgelegt würden, wären Patienten und Ärzte bei Vorliegen dieser Situationen automatisch vor die Frage der Suizidhilfe gestellt und damit unter Druck gesetzt (Hurst, 2013). Umgekehrt widerspricht es den ärztlichen Tugenden des Mitgefühls und der Fürsorglichkeit, wenn Patienten in ihrem unerträglichen Leiden nicht ernst genommen und mit Verharmlosungen getröstet werden (Fischer, 2012).

Fazit

Somit darf Suizidhilfe in keiner Situation als dem objektiven, besten Interesse des Patienten dienend bezeichnet werden. Aber sie kann von demjenigen, der aufgrund seiner persönlichen ethischen Überzeugungen den wohlwogenen, eigenständigen und dauerhaften Wunsch seines einzelnen Patienten nachvollziehen kann, ethisch verantwortet werden.

1.6 Lässt sich Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin vereinbaren?

Neben diesen Erwägungen auf individualethischer Ebene muss aufgrund des Gerechtigkeitsprinzips auch über die Auswirkungen einer sich ausweitenden Suizidhilfepraxis auf das ärztliche Selbstverständnis, auf das Arztbild in der Gesellschaft, auf die Angehörigen von Menschen, die mit Suizidhilfe versterben sowie auf das gesellschaftliche Klima im Allgemeinen nachgedacht werden.

Für das ärztliche Selbstverständnis und das Fremdbild des Arztes ist zentral, dass dieser im Rahmen der anerkannten Ziele der Medizin handelt. Dafür gibt es zahlreiche Formulierungen, z. B. auch von der SAMW (2004), die in ihrem Kerngehalt darauf abzielen, dass das Wohl des Patienten zu fördern ist, indem sein Leben quantitativ oder qualitativ positiv beeinflusst und ihm kein Schaden zugefügt wird. Bei Patienten, die nicht mehr weiterleben wollen, bedeutet dies, dass alle Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung unterlassen bzw. abgebrochen werden und ihr Leiden durch optimale Palliative Care so gut wie möglich gelindert wird. Lässt sich dadurch unerträgliches Leiden nicht genügend mildern, bleibt für den Arzt nach klassischer Auffassung das mitmenschliche Begleiten, während ärztliche Handlungen mit der Intention der Lebensbeendigung nicht mit den Zielen der Medizin vereinbar sind.

Diesem Verständnis der Medizin wird in den letzten Jahrzehnten weltweit eine andere Auffassung entgegengesetzt, die vertritt, dass die ärztliche Fürsorgepflicht auch in der verzweifelten Situation, in der der Patient die Beendigung seines Lebens wünscht, den ärztlichen Beistand mit allen legal zur Verfügung stehenden Mitteln umfasse. Dass bei einem wohlwogenen Suizid wegen unerträglichem Leiden aufgrund von Krankheit und/oder Funktionseinschränkungen ein Arzt involviert sein solle, wird auch damit begründet, dass dieser den Patienten am besten vor prognostischen Fehleinschätzungen, vor dem Verpassen einer Urteilsunfähigkeit oder vor

Fehlern beim Ablauf der Suizidhandlung schützen könne. Dem wird wiederum entgegengehalten, dass ein in die Medizin integriertes Angebot der Suizidhilfe, dem Patienten die unter Umständen unerwünschte Auseinandersetzung mit einer Wahl zumute, durch die er seinen Lebenswert infrage gestellt sehen könne.

Aufgrund der geltenden Schweizer Gesetzgebung sind für die Verschreibung der Substanz Natriumpentobarbital, die sich als Mittel zum assistierten Suizid etabliert hat, nur Ärzte legitimiert. Dagegen ist die Suizidhilfe ohne eigennützige Absichten als solche für jedermann straflos. Es gibt deshalb auch Stimmen, die eine Demedikalisierung der Suizidhilfe fordern, indem die dafür erforderlichen Mittel auf anderem Weg bereitgestellt werden könnten.

Fazit

Die ungelösten und wohl auch unlösbaren ethischen Kontroversen führen dazu, dass die ärztliche Suizidhilfe nicht zu den allgemein akzeptierten ärztlichen Aufgaben gehören kann, dass sie aber auch nicht als ethisch inakzeptabel geächtet werden darf.

1.7 Gesellschaftliche Konsequenzen des Angebots ärztlicher Suizidhilfe

Die stark wachsenden Mitgliederzahlen der Suizidhilfeorganisationen sowie Aussagen von zahlreichen Hausärzten und Palliativmedizinerinnen belegen, dass viele Menschen und insbesondere Patienten mit einer tödlichen Krankheit, das Wissen um die Möglichkeit des assistierten Suizids als tröstlich empfinden, und dass ihnen die Bereitstellung eines „Notausgangs“ aus unerträglichem Leiden hilft, mit der Krankheit besser umzugehen. Dem entspricht auch, dass die Mehrheit verstorbenen Exit-Mitglieder keine Suizidhilfe in Anspruch genommen hat. Demgegenüber werden zunehmend Stimmen von Menschen laut, die befürchten bei einem Verlust der Selbständigkeit von der Gesellschaft ausgegrenzt und zu „sozialverträglichem Frühableben“ gedrängt zu werden.

Von Befürwortern der Suizidhilfe wird angeführt, dass diese Möglichkeit helfe, den Tod zu enttabuisieren und die Leidenslinderung bis zu ihrer letzten Konsequenz anzuwenden. Gegner haben eher den Eindruck, der Tod werde in vielen Darstellungen der Befürworter romantisiert.

Für eine strikte Unterscheidung zwischen ärztlichen Maßnahmen zur Leidenslinderung und solchen zur Lebensbeendigung können grundsätzliche Argumente