

MARTIN M. LINTNER

Philosophisch-Theologische Hochschule Brixen/Bressanone

## Gibt es eine Pflicht zu leben? Ethische Aspekte der Diskussion zur Suizidbeihilfe<sup>1</sup>

1. Autonomie versus Paternalismus? – 2. Der (assistierte) Suizid als autonome Willensäußerung? – 3. Eine abschließende Überlegung: Sterbefasten als Alternative zum assistierten Suizid?

In Deutschland wurde am 6. November 2015 nach einer intensiven Diskussion die neue gesetzliche Regelung der Sterbehilfe und des assistierten Suizids beschlossen<sup>2</sup>. Vier unterschiedliche Gesetzesentwürfe, die am 2. Juli 2015 zum ersten Mal im Bundestag debattiert worden sind und die von einer strengen Ablehnung bis zu einer liberalen Öffnung reichen, sind dabei vorgelegen<sup>3</sup>. Mit großer Mehrheit angenommen wurde schließlich der Entwurf von einer Abgeordnetengruppe um Micha-

---

<sup>1</sup> Der vorliegende Artikel ist der für die Drucklegung überarbeitete Vortrag, den der Autor am 17. Oktober 2015 im Rahmen der jährlichen Lukasfeier für Ärzte/innen und Apotheker/innen in der Cusanus-Akademie in Brixen, Südtirol (Italien), gehalten hat. Der Vortrag wurde auch im Beiheft des Brixner Theologischen Jahrbuchs, Bd. 6 (2015), S. 41–56, dokumentiert.

<sup>2</sup> Einen guten Einblick in die Debatte liefern die vom Zentralkomitee der deutschen Katholiken zusammengestellten Texte: *Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Artikel- und Materialsammlung zur aktuellen Debatte über ein Verbot der organisierten Suizidbeihilfe*, <http://www.zdk.de/cache/dl-Sterbehilfe-und-Sterbebegleitung-Artikel-und-Mater-c843f01eb3374c0f0540d9553b3fd910-4882.pdf> (14.10.2015); weiters: K. HILPERT, J. SAUTERMEISTER (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid* (Theologie kontrovers), Freiburg im Br. 2015; F.-J. BORMANN, *Ärztliche Suizidbeihilfe aus der Sicht der katholischen Moraltheologie*, in: ZfmE 61 (2015), S. 199–215.

<sup>3</sup> S. dazu K. SCHULER, *Sterbehilfe: Hilfe zum Suizid – erleichtern oder verbieten?*, in: Zeit online vom 2. Juli 2015, <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-07/sterbehilfe-gesetzesentwuerfe-cdu-csu-spd-linke-gruene/komplettansicht> (20.09.2015). Ausführlicher dazu: M. HÄHNEL, *Abstimmung über das Unbestimmbare? Über Chancen und Grenzen von Gesetzesvorschlägen in der aktuellen Debatte zur Sterbehilfe*, in: „Ethica“ 23 (2015), S. 195–223.

el Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD)<sup>4</sup>. Ziel der neuen gesetzlichen Regelung ist es, unter Wahrung der prinzipiellen Straffreiheit von Suizid und der Teilnahme daran die Entwicklung der Beihilfe zum Suizid<sup>5</sup> zu einem Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung zu verhindern. Verboten wird sowohl die nicht-gewinnorientierte geschäftsmäßige als auch die gewinnorientierte erwerbsmäßige Organisation des assistierten Suizids durch Sterbehilfevereine. Sowohl die katholische als auch die evangelischen Kirchen begrüßten die Entscheidung als „eine Entscheidung für das Leben und für ein Sterben in Würde“<sup>6</sup>. Da in den der Beschlussfassung vorausgehenden Orientierungsdebatten deutlich geworden ist, dass der Wunsch zu sterben oft stark geprägt ist von der Angst vor Schmerzen, Qual und Fremdbestimmung am Ende des Lebens, wurde im Vorfeld auch ein Gesetzesentwurf für die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung eingebracht und am 5. November 2015 angenommen<sup>7</sup>.

Im Folgenden sollen einige der zentralen ethischen Aspekte und Fragestellungen des Problems der Suizidbeihilfe herausgearbeitet werden.

## **1. Autonomie versus Paternalismus?**

### **1.1. Zum Autonomieverständnis**

Die wohl wichtigste Begriffsgruppe nicht nur in der vorliegenden Thematik, sondern in der gegenwärtigen Medizinethik allgemein ist wohl jene der sittlichen Selbstbestimmung und der (Patienten-)Autonomie. Der philosophische Hintergrund liegt im Autonomieverständnis von Immanuel Kant, wonach jeder mündige Mensch nicht nur die Fähigkeit hat, eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu leben, sondern auch die Pflicht, sein Handeln und Verhalten nach jenen Maximen auszurichten, die er durch seine Vernunft als sittlich richtig erkennt. Autonomie bedeutet hier vernünftige Selbstgesetzgebung, dass sich ein Mensch also selbst das moralische Gesetz gibt und dass es ihm nicht von außen, von einer anderen Autorität als der eigenen Vernunft

---

<sup>4</sup> Der Text findet sich online unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805373.pdf> (13.10.2015).

<sup>5</sup> Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die sich lediglich als nicht geschäftsmäßig handelnde Teilnehmer an der Tat beteiligen, bleiben demnach straffrei.

<sup>6</sup> S. dazu die gemeinsame Erklärung vom 06.11.2015, online unter <http://www.dbk.de/nc/presse/details/?presseid=2957> (15.11.2015).

<sup>7</sup> Der Text findet sich online unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805170.pdf> (13.10.2015).

aufgedrängt werden darf. Vernünftig ist eine solche Selbstgesetzgebung jedoch nur, wenn sich das sittliche Subjekt nicht danach richtet, was ihm vielleicht intuitiv oder emotional als richtig erscheint oder was ihm gefällt bzw. zusagt. Das sittlich Richtige ist ihm vielmehr vorgegeben und wird kraft der Vernunft erkannt. Den freien Willen danach auszurichten, was die Vernunft als gut und richtig erkennt, macht nach Kant die sittliche Güte, aber auch die Würde der Person aus.

Im angelsächsischen Bereich hingegen ist ein anderes Autonomieverständnis wirkmächtig geworden, das auf das Person-Verständnis von John Locke zurückgeht. Er versteht Autonomie weniger als vernünftige Selbstbestimmung, sondern als freie individuelle Selbstbestimmung. Für ihn hängt die personale Identität des Menschen nicht von dessen grundsätzlicher Vernunftbegabung und damit von der Potentialität zum Denken ab, sondern von der konkreten Selbstwahrnehmung und Selbstidentifikation. Autonomie wird hier verstanden als die Möglichkeit der freien Verfügung über sich selbst, als die tatsächlich wahrgenommene Fähigkeit zur Willensbildung, Entscheidung und Handlungsfreiheit. Autonomie beschränkt sich damit auf den freien Willen und bedeutet in Folge, dass das sittliche Subjekt tun kann, was es will, solange es dadurch nicht die freie Willensbildung und Handlungsfähigkeit eines anderen sittlichen Subjekts beeinträchtigt. Autonomie rückt hier in die Nähe dessen, was Autarkie meint: selbständig, unabhängig und nicht auf fremde Hilfe angewiesen zu sein.

Seit den achtziger Jahren hat das Prinzip der Autonomie im Bereich der Medizinethik mehr und mehr an Bedeutung gewonnen, zunächst allerdings im Sinne des Abwehrrechtes: Es darf an einem Menschen nichts getan oder durchgeführt werden, wozu er nicht ausdrücklich zustimmt. Hintergrund ist, dass jede medizinische Intervention oder Therapie zunächst als eine Körperverletzung angesehen wird, die der freien Zustimmung des betroffenen Patienten bedarf. Dies hat Ausdruck gefunden im Prinzip des informierten Konsenses. Als eine Vorbedingung für die freie Zustimmung gilt die entsprechende Information und Aufklärung des Patienten über die Diagnose, die gewählte Therapieform und mögliche Alternativen. Das Grundanliegen ist der Schutz des einzelnen Menschen als sittliches Subjekt, d.h. als freie und verantwortliche Person, die das Recht hat, über sich und ihre Belange selbstständig zu entscheiden.

Die Bedeutung und Geltung des Autonomieprinzips steht medizinethisch außer Frage und ist sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene gesetzlich verankert bzw. abgesichert<sup>8</sup>. Diskussionen wie jene im Rahmen der Debatte

---

<sup>8</sup> Vgl. bspw. Art. 5 der sogenannten Bioethikkonvention (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin) des Europarates vom 4. April 1997: „Eine Intervention im Gesundheitsbereich darf erst erfolgen, nachdem die betroffene Person über sie aufgeklärt worden ist und frei eingewilligt hat.“

rund um den assistierten Suizid machen aber deutlich, dass ein Konsens über das Autonomieverständnis nicht vorausgesetzt werden kann. Beispielsweise sei daran erinnert, dass nach Beauchamp und Childress das Autonomieprinzip neben dem Wohltuns-, dem Nichtschadens- und dem Gerechtigkeitsprinzip lediglich eines der vier medizinisch-ethischen Prinzipien darstellt. Demzufolge ist der Arzt angehalten, nicht gegen den Willen des Patienten zu agieren, aber zugleich darf er auch nichts tun, was diesem schadet bzw. darf er keinen Schaden in Kauf nehmen, der nicht durch einen umso größeren Nutzen für den Patienten gerechtfertigt erscheint. Die Beachtung der Patientenautonomie beschränkt sich also nicht nur darauf, dass der Arzt dem Wunsch des Patienten nachkommt bzw. ihn erfüllt, denn der Arzt weiß sich auch dem Wohl des Patienten und der Schadensvermeidung im Sinne des Prinzips *salus aegroti suprema lex* verpflichtet.

Demgegenüber begegnen wir heute oft einem Autonomieverständnis im Sinne von *voluntas aegroti suprema lex*, wonach der Arzt also in erster Linie dem Willen des Patienten verpflichtet ist. Die Achtung der Autonomie des Patienten wird nicht mehr in erster Linie als Abwehrrecht des Patienten verstanden, sondern es wird zu einem Anspruchsrecht umgedeutet. Besonders jene Situationen, in denen ein Mensch mehr und mehr auf andere angewiesen ist und von ihnen abhängig wird, werden als zunehmende Einschränkung von Autonomie im Sinne von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit verstanden. Wahrung von Autonomie bedeutet dann konsequenterweise, dass Dritte jene Wünsche erfüllen, die ein Patient äußert, der aber selber nicht mehr die Möglichkeit hat, sie zu realisieren.

Aus diesen kurzen Überlegungen wird deutlich, dass das Thema Autonomie und Autonomieverständnis, obwohl es medizinisch-ethisch vielfach bedacht und reflektiert worden ist, durchaus nicht geklärt ist. Die Frage spitzt sich zu, wenn aufgrund von Erkrankung, Gebrechlichkeit oder degenerativen Leiden die Selbstbestimmung mehr und mehr nur mehr unter prekären Bedingungen verwirklicht werden kann, nämlich der Angewiesenheit auf und Abhängigkeit von anderen bis hin zur Erfahrung von Ohnmacht und vollkommenem Verlust von Handlungsfreiheit. Diese Erfahrungen werden von Betroffenen oft auch als Verlust der eigenen Würde und ihre Situation damit als „würdelos“ empfunden.

## 1.2. Zum Verständnis der Fürsorge

In der moralphilosophischen Diskussion, besonders in Ansätzen der feministischen Ethik, wird der Autonomiebegriff dahingehend der Kritik unterzogen, dass sich Autonomie immer nur als eine relationale verwirklichen lässt. Jeder Mensch ist eingebettet in ein Netz von Beziehungen, seine Entscheidungen sind einerseits geprägt und beeinflusst von diesem Beziehungsgeflecht und haben ihrerseits wiederum Auswirkungen auf andere Menschen, sodass diese Folgen in den eigenen Entscheidungsfindungsprozess und die eigene Verantwortung mit einbezogen werden müssen. Zudem wird unterstrichen, dass das anthropologische Leitbild des autonomen, im Sinne des autarken Menschen der Realität der *conditio humana* nicht gerecht wird. Auch der mündige und selbständige Mensch ist in Beziehungen eingebunden. Er ist in der einen oder anderen Form von anderen Menschen abhängig, auch wenn er die Möglichkeit hat, diese Beziehungen weitgehend symmetrisch zu gestalten und damit auch Kontrolle über sie zu haben bzw. zu entscheiden, mit wem er Beziehungen welcher Natur und Qualität eingehen möchte. Auch im Streben nach der Erfüllung eigener Wünsche ist er nicht davon unabhängig, dass ihm andere dabei behilflich sind. Doch auch dann, wenn es sich um asymmetrische Beziehungen handelt, verliert ein Mensch nicht schlechthin seine Autonomie, selbst wenn sich die Bedingungen, unter denen er sie lebt und wahrnimmt, verändern. Ein grundsätzlicher Aspekt der *conditio humana*, der in den verschiedenen Phasen des Lebens mehr oder weniger stark ausgeprägt ist und dementsprechend unterschiedlich stark existentiell erlebt wird, wird hier ersichtlich, nämlich die Relationalität und die Verwiesenheit der Menschen aufeinander. Ein Verständnis, wonach die Autonomie eines Menschen zu einer alles überragenden und oft isolierten Priorität zu werden scheint, verkennt dies. Mit dem Fürsorgebegriff wird nun nicht nur die prinzipielle Verwiesenheit eines jeden Menschen auf Dritte und damit die relationale Dimension zum Ausdruck gebracht, unter deren Bedingungen jede Autonomie und Selbstbestimmung zu entfalten ist, sondern auch die Verantwortung füreinander, die daraus erwächst. Selbstverständlich erwächst in Situationen zunehmenden Verlustes von Freiheit und damit wachsender Abhängigkeit und Angewiesenheit auf Dritte die Gefahr, dass der daraus resultierende Anspruch auf Hilfe und Fürsorge missbraucht wird im Sinne eines negativen Paternalismus. Dieser würde bedeuten, dass Dritte über jemanden bestimmen, ohne dass sie auf dessen eigene Wünsche Rücksicht nehmen bzw. dass sie das Wohl des Betroffenen verfolgen, ohne dessen Recht auf Autonomie im Sinne des Abwehrrechts oder des informierten Konsenses zu beachten. Diese Fürsorge würde eine Art „von Fremdbestimmung [darstellen], die

sich anmaßt, unabhängig von den Willensäußerungen des Patienten zu bestimmen, was dessen Wohl dient“<sup>9</sup>

Dem gegenüber gibt es aber auch eine paternalistische Haltung der Fürsorge, die die Wünsche von Patienten ernst nimmt, sie zugleich aber auch „dahingehend befragt, ob sie (...) auf einer angemessenen Einschätzung der Sachlage beruhen“<sup>10</sup> und ob sie dem betroffenen Patienten nicht schaden. Dem Argument, dass Fürsorge im Letzten kaum überzeugend von einem problematischen Paternalismus abgegrenzt werden kann<sup>11</sup>, ist nicht zuzustimmen, da sich Fürsorge nicht notwendigerweise gegen die Selbstbestimmung eines Menschen wendet, sondern es gerade auch zur Fürsorge gehört, jene Freiräume offen zu halten, in denen unter prekären Umständen Autonomie wahrgenommen und ausgeübt werden kann. Zur Fürsorge gehört die Achtung des Selbstbestimmungsrechts und deshalb auch die Aufgabe, die (noch) vorhandenen Ressourcen für Selbstbestimmung und Kommunikation zu achten und zu fördern. Andererseits ist auch der autonome Mensch auf Fürsorge Dritter angewiesen, gehört die Angewiesenheit auf andere Menschen doch wesentlich zur *conditio humana* dazu, auch wenn sie in bestimmten Lebenssituationen oder -phasen unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Die Befürchtung, anderen in prekären Situationen zur Last zu fallen, ist nicht nur Ausdruck der Sorge um die Angehörigen, sondern auch der Entfremdung von ihnen, da auch die durch die Angewiesenheit erforderte emotionale Nähe und der gute menschliche Umgang miteinander auf dem Prüfstand stehen<sup>12</sup>.

Autonomie versus Fürsorge und daraus folgend Selbstbestimmung versus Paternalismus sind falsche Gegensatzpaare.

Der Streit um Sterbewünsche oder Suizidbeihilfe lässt sich nicht auf die Alternative: Respekt vor der Selbstbestimmung des Sterbenden oder paternalistische Entmündigung des Sterbenden reduzieren. Es geht auch nicht um die Gegenüberstellung von Selbstbestimmung und Fürsorge, da die Beachtung von Wünschen und die Ermöglichung von Selbstbestimmung generell wichtige Elemente der ärztlichen und pflegerischen Fürsorge für den kranken Menschen sind<sup>13</sup>

<sup>9</sup> K. HILPERT, *Schlüsselbegriffe und Argumentationsfiguren in der aktuellen Debatte um Sterbehilfe*, in: DERS., J. SAUTERMEISTER (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben?*, S. 101.

<sup>10</sup> J. SAUTERMEISTER, *Lebenswille am Ende. Zur moralpsychologischen Hermeneutik von Sterbewünschen*, in: K. HILPERT, J. SAUTERMEISTER (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben?*, S. 49.

<sup>11</sup> So H. KRESS, *Entscheidungen am Lebensende als Gewissensfrage*, in: K. HILPERT, J. SAUTERMEISTER (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben?*, S. 156.

<sup>12</sup> So M. HÄHNEL, *Abstimmung über das Unbestimmbare?*, S. 204.

<sup>13</sup> E. SCHOCKENHOFF, *Niemandem zur Last fallen? Sterbewünsche im Alter als ethische Herausforderungen* (bislang unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Würzburg, 7. September 2015).

Hingegen ist das Konzept der relationalen Autonomie weiter zu entfalten und zugleich kritisch zu reflektieren, wobei zu bedenken bleibt, dass relationale Autonomie bedeutet, dass ein Mensch auch unter den Bedingungen von Beziehung, Verwiesenheit, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit selbstbestimmt leben kann. Er bleibt eingebettet in eine Biographie, in der die Selbstbestimmung nicht einfach endet, wenn sie aufgrund von kognitiven oder physischen Einschränkungen zunehmend weniger aktiv gestaltet werden kann, sondern in der Entscheidungen und Präferenzen auch weiter- und nachwirken. Auch das hat eine Fürsorgehaltung zu berücksichtigen.

### **1.3. Die Selbstzwecklichkeit der Person**

Gerade bei degenerativen Erkrankungen und dem zunehmenden Nachlassen kognitiver Fähigkeiten stellt sich die Frage: Was macht die Würde und die singuläre Identität eines Menschen aus? Lässt sich diese ausschließlich oder vordergründig über die kognitiven Fähigkeiten definieren, sodass deren Verlust auch zum Verlust der Identität bzw. der Würde führen würde? Gerade beim Verlust der Fähigkeit kognitiver Selbstvergewisserung wird die Einbettung dieser Lebensphase in die gesamte Biographie wichtig, die das Leben dieses Menschen ausmacht, sowie die Beachtung des unmittelbaren bzw. unreflektierten affektiven Selbsterlebens. Das Verständnis der Würde, wonach jeder Mensch Selbstzweck ist, kann jedenfalls nicht gekoppelt werden an die aktuelle Wahrnehmung kognitiver Fähigkeiten bzw. kann die Achtung der Würde nicht davon abhängig gemacht werden bzw. daran Maß nehmen. Ein Mensch verliert seine Würde bzw. Selbstzwecklichkeit nicht aufgrund der Einengung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten, d.h. von Handlungs- und Freiheitsspielräumen, durch Abhandenkommen von Kontrolle über sich und sein Leben, durch Verminderung bis hin zum Verlust seiner kognitiven Fähigkeiten oder durch zunehmende Abhängigkeit von Dritten und wachsende Angewiesenheit auf sie.

## **2. Der (assistierte) Suizid als autonome Willensäußerung?**

Die Rede vom assistierten Suizid setzt voraus, dass auf Seiten des Suizidanten eine freie, bewusste und willentliche Entscheidung gegeben ist, zu sterben bzw. sich das Leben zu nehmen<sup>14</sup>. An der „vollen Gültigkeit der autonomen Willenser-

---

<sup>14</sup> Zum Folgenden vgl. M. HÄHNEL, *Abstimmung über das Unabstimmbare?*, S. 201–204.

klärung des Suizidanten“<sup>15</sup> darf also kein Zweifel bestehen. Daraus ergeben sich wenigstens zwei Fragen. Erstens: Unter welchen Bedingungen kann davon ausgegangen werden, dass bei einem lebensmüden bzw. sterbewilligen Patienten eine solche Willensäußerung vorliegt? Zweitens: Welches ist die sittliche Verantwortung des Assistierenden gegenüber dem Suizidanten?

## 2.1. Die autonome Willensäußerung des Suizidanten

Ein Grundprinzip der Ethik lautet, dass die sittliche Verantwortung eines Menschen für eine Tat davon abhängt, ob er sie frei, willentlich und bewusst vollzieht. Seit Erwin Ringel hat sich in Bezug auf die sittliche Beurteilung eines Suizids dahingehend eine Wende vollzogen, dass er durch seine Studien aufgezeigt hat, dass in den meisten Fällen eine suizidale Handlung die letzte Phase des Verlaufs von psychischen Störungen ist<sup>16</sup>. Er spricht vom präsuizidalen Syndrom und fasst darunter all jene Phasen bzw. Entwicklungen zusammen, die zu einem Suizid führen können: von der zunehmenden Einengung über gegen sich selbst gewandte Aggressionen bis hin zu erstarkenden Suizidphantasien, die entweder willentlich herbeigeführt werden oder die sich jemandem aufdrängen<sup>17</sup>. Die suizidale Handlung selbst würde dann jedoch in den allermeisten Fällen nicht mehr Ausdruck einer freien, bewussten und willentlichen Entscheidung sein, sodass die sittliche Verantwortung für den Suizid gemindert, ja sogar nicht gegeben sein kann. Deshalb spricht man auch nicht mehr von Selbst-Mord, da der Begriff „Mord“ bereits die Beurteilung des Suizids als sittlich verwerfliche Tat beinhaltet, was voraussetzt, dass ein Suizidant die volle sittliche Verantwortung für seine Handlung tragen konnte. Unabhängig davon, ob die Diagnose von Ringel zutrifft oder ob nicht doch den Suizidanten in der Regel ein höheres Maß an Entscheidungs- und Handlungsfreiheit zuzugestehen ist<sup>18</sup>, ist bei der sowohl rechtlichen wie sittlichen Beurteilung der Beihilfe zum Suizid eine wesentliche Bedingung die, dass der Suizid tatsächlich und zweifelsfrei die freie, bewusste und willentliche Entscheidung des Patienten ist, aus dem Leben

<sup>15</sup> *Ebd.*, S. 201.

<sup>16</sup> E. RINGEL, *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*, Wien – Düsseldorf 1953.

<sup>17</sup> S. dazu auch C. GRAZIOLI, *Wenn die Nacht zu lange wird. Lebensbejahung und Suizid*, Brixen 2003, S. 102–108.

<sup>18</sup> S. dazu die philosophische Studie, die Forschungsergebnisse aus Medizin, Psychologie und Soziologie mit einbezieht: D. FENNER, *Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizin-ethische Untersuchung* (Angewandte Ethik 8), Freiburg i. Br. – München 2008; vgl. auch G.D. BORASIO U.A.: *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart 2014, S. 47.

zu scheiden; dass also ein Mensch, der eigentlich noch weiterleben könnte, zum Entschluss kommt, dass seine Nicht-Existenz seinem Weiterleben vorzuziehen ist. Erschwerend fällt ins Gewicht, dass es sich beim Suizid um einen nicht revidierbaren Akt handelt. Zu bedenken sind auch die Studien der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross, wonach ein mehr oder weniger stark ausgeprägter Sterbewunsch durchaus zu den Phasen der Auseinandersetzung mit einer zum Tod führenden Erkrankung gehört, jedoch nicht die letzte Phase darstellt, nämlich jene der Annahme der Erkrankung und des unausweichlichen Todes.

Es stellen sich also gewichtige Fragen: Wie kann der authentische Wille eines Sterbewilligen eruiert werden und wie kann überprüft werden, dass ein geäußelter Sterbewunsch tatsächlich Ausdruck des Sterbewillens ist und sich dahinter nicht andere Mitteilungen verbergen als jene, die sprachlich formuliert werden, etwa die Angst vor Schmerzen, vor dem Sterben, vor dem Alleinsein oder davor, anderen zur Last zu fallen? Empirische Erfahrungen mit Sterbewilligen deuten durchaus darauf hin, dass zumindest in zahlreichen Fällen suizidale Handlungen vielmehr Ausdruck einer existentiellen Not und weniger autonomer Selbstbestimmung sind.

Weiteres ist zu fragen: Genügt eine rein voluntative Willensäußerung, die situationsabhängig durch viele Faktoren bedingt sein kann, z.B. durch die Tagesverfassung, durch Einwirkung von Schmerzen oder durch Bewusstseinsstrübung aufgrund von Medikamenten oder degenerativen Erkrankungen? Oder wird eine rationale Willensäußerung vorausgesetzt, also eine vernünftig begründete Entscheidung? Mit welcher Intensität und für welche Dauer muss ein solcher Wunsch geäußert werden, damit er als authentische und nicht revidierbare Willensäußerung anerkannt werden kann? Welche Rolle würde man in diesem Falle Vorausverfügungen zuerkennen, wenn etwa eine Person die Fähigkeit einer rationalen Urteilsfindung bzw. die Kommunikationsfähigkeit verloren hat? In welchem Verhältnis würde eine solche Verfügung, die zu einer Zeit getroffen worden ist, in der ein Mensch kognitiv urteilsfähig war, zu einer aktuellen voluntativen Willensäußerung stehen, die kognitiv nicht mehr reflektiert und begründet werden kann?<sup>19</sup> Diese Grundsatzfrage, die sich schon im Kontext der Patientenverfügungen stellt, in denen es in der

---

<sup>19</sup> Bspw. sei das Schicksal des Tübinger Professors Walter Jens in Erinnerung gerufen. In seiner Patientenverfügung verfügte er u.a.: „(...) wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin, und Familie und Freunde nicht mehr erkenne (...), dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern (...)“. Als aufgrund einer schweren Demenzerkrankung diese Situation tatsächlich eintrat, kam seine Frau dieser Verfügung jedoch nicht nach, weil Jens in gewissen Momenten durchaus Freude am Leben erkennen ließ. Seine Äußerungen, die nicht mehr als kognitive Willensbildung gedeutet werden konnten, waren unterschiedlich, manchmal bat er, sterben zu dürfen, andere Male wiederum sagte er, nicht sterben zu wollen. Siehe den Bericht in der Ärzte Zeitung Online vom 6. April 2009: P. SMITH, *Die Causa Jens – die Würde und das Sterben*, [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/sterbehilfe\\_begleitung/article/541373/causa-jens-wuerde-sterben.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/541373/causa-jens-wuerde-sterben.html) (19.09.2015).

Regel um das Recht zur Ablehnung von Therapien geht, spitzt sich hier zu, insofern es nicht nur um die Ablehnung von Behandlungen geht, sondern um eine aktive Mitwirkung an einer Handlung mit Todesfolge. Erfahrungen mit Patienten, die in ihrer Erkrankung einen Perspektivenwechsel vollziehen und Lebensqualität anders als vorher in gesunden Tagen erleben, müssen berücksichtigt werden.

Weiteres: Wie kann einerseits beurteilt, andererseits aber auch sichergestellt werden, dass eine sterbenskranke Person frei von äußerem und innerem Druck eine Entscheidung treffen und kommunizieren kann? Sterbenskranke Patienten befinden sich in einer existentiellen Grenzsituation, die einen enormen psychischen Druck erzeugen kann. Sie können aber auch vielfältigen äußeren, sehr subtilen bis direkten Formen von Druck ausgeliefert sein, etwa dem, den Angehörigen eine zu große Belastung oder für die Ärzte ein medizinisch austherapierter Fall zu sein. Auch bleibt zu bedenken, dass

jede überzogene Autonomie, die die Tötung auf Verlangen einschließt, den Kranken, die Angehörigen und auch Ärzte unweigerlich einem subtilen, nicht mehr überprüfbaren Druck ausliefert. So kann gerade die konkrete Autonomie unter dem Vorwand einer abstrakten Autonomie ausgehöhlt werden. Neuere Publikationen, z.B. aus den Niederlanden, (z.B. Gerbert van Loenen, *Das ist ja kein Leben mehr*<sup>20</sup>) zeigen, dass die staatliche Billigung einer Tötung auf Verlangen der konkreten Selbstbestimmung des Kranken mehr schadet als nützt<sup>21</sup>. Und schließlich noch eine letzte Frage: „Würden die Betroffenen den Wunsch zu sterben wirklich haben, wenn sie wüssten, wie es wirklich um sie steht, wenn sie die (palliativ-)medizinischen Maßnahmen wirklich verstanden hätten sowie menschlichen und spirituellen Beistand in ihrer Not fänden und diesen annehmen könnten?“<sup>22</sup>

Diese Fragen, die sich durchaus fortsetzen ließen, machen deutlich, dass die zweifelsfreie Feststellung des authentischen Sterbewillens eines terminal Kranken, der mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr revidiert wird, nicht so einfach ist. Je nach zugrundeliegendem Autonomieverständnis ist die nächste Frage dann jene, ob es genügt, diese Willensäußerung als eine voluntative anzuerkennen oder ob der Sterbewillige selbst vor seinem Gewissen – und damit auch vor Dritten – eine vernünftig begründbare Rechenschaft darüber able-

<sup>20</sup> G. VAN LOENEN, *Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt*, Frankfurt am M. 2014.

<sup>21</sup> G. VIRT, *Stellungnahme in der österreichischen Parlamentsenquete „Sterben in Würde“*, Anhörung vom 7. November 2014; unveröffentlichtes Redemanuskript.

<sup>22</sup> J. SAUTERMEISTER, *Lebenswille am Ende*, S. 49.

gen muss, dass die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, für ihn aus sittlicher Perspektive die bessere bzw. wenigstens die weniger schlechte Option gegenüber dem Weiterleben ist.

Die moralische Zulässigkeit [des assistierten Suizids] hängt davon ab, ob wir die Bitte eines sterbenden Menschen als wohlwogenen Ausdruck seiner moralischen Selbstbestimmung betrachten dürfen und ob die Erfüllung dieser Bitte für ihn eine wirkliche und noch dazu die einzige Hilfe darstellt, die wir ihm in seiner qualvollen Lage geben können. Beide Voraussetzungen erweisen sich jedoch als fragwürdig<sup>23</sup>.

Daneben stellen sich aber auch Anfragen an die Person, die Beihilfe zum Suizid leistet.

## 2.2. Die sittliche Verantwortung des beim Suizid Assistierenden

Wenn jemand Beihilfe zum Suizid leistet, dann ist er für diesen Akt der Beihilfe verantwortlich, ob er nun ein todbringendes Medikament besorgt oder bei der Einnahme dieses Präparates behilflich ist. Freilich beschränkt sich die Verantwortung des Assistierenden nicht bloß auf den Akt der Beihilfe, sondern auch auf die Handlung, an der er mitwirkt, sprich auf den Suizid des Patienten. Die Verantwortung für die Entscheidung zum Suizid liegt in erster Linie beim Sterbewilligen selbst, jene für die suizidale Handlung erstreckt sich in dem Moment, in dem jemand daran mitwirkt, auch auf diese Person, denn:

Sicherlich trägt ein Beihelfer niemals direkte Verantwortung für die Entscheidung des Sterbewilligen, was aber noch lange nicht heißt, dass damit seine an sich nicht dispensierbaren Ansprüche, anderweitig Verantwortung zu übernehmen, welche teilweise auch nicht den Absichten des Sterbewilligen entsprechen müssen, abgegolten sind<sup>24</sup>.

Der bei einem Suizid Assistierende trägt nicht die Verantwortung für die Entscheidung des Sterbewilligen, aber dafür, wie er selbst sich diesem Sterbewunsch bzw. dieser Person gegenüber verhält<sup>25</sup>. Seine Verantwortung gegenüber einem Patienten erschöpft sich nicht darin, dessen Entscheidung gutzuheißen und seinem

---

<sup>23</sup> E. SCHOCKENHOFF, *Niemandem zur Last fallen?*

<sup>24</sup> M. HÄHNEL, *Abstimmung über das Unbestimmbare?*, S. 201.

Vgl. *Ehd.*

Willen zu entsprechen, sondern nach Möglichkeit seinem Wohl zu dienen und Schaden von ihm fernzuhalten. Dieses Grundprinzip, das schon gegenüber gesunden und selbständigen Menschen gilt, gewinnt in prekären Lebenssituationen an Gewicht, ganz besonders angesichts einer suizidalen Handlung, die unumkehrbare Tatsachen schafft.

Der Assistierende muss nicht nur zur zweifelsfreien Gewissheit kommen, dass der Sterbenswunsch die aktuelle und authentische Willensäußerung eines Patienten darstellt, die dieser nicht mehr revidieren wird, sondern dass der Tod für diesen Menschen auch tatsächlich die bessere – oder wenigstens die weniger schlechte – Option darstellt als das Weiterleben, dass es für ihn ein höheres Gut – oder wenigstens ein geringeres Übel – ist, nicht mehr zu existieren als zu leben. Nicht nur die sterbewillige Person, sondern auch die beim Suizid assistierende muss sich deshalb Rechenschaft darüber ablegen, welche Kriterien für sie entscheidend sind darüber, ob ein Leben weiterhin lebenswert ist oder nicht mehr, schließlich geht es hier nicht mehr nur um die Frage von Lebensqualität, sondern um Leben oder Tod, um Sein oder Nicht-Sein.

Dennoch – die letzte Entscheidung obliegt dem Sterbewilligen selbst. Es ist seine ureigenste Gewissensentscheidung<sup>26</sup>, die ihm niemand abnehmen kann, die zugleich aber keinen Dritten nötigen kann, ihr Folge zu leisten oder an ihrer Ausführung mitzuwirken, wenn dies der Gewissensentscheidung dieses Dritten widersprechen würde. Welche existentielle Not der Sterbewunsch und die Bitte um Beihilfe zum Suizid bei Angehörigen auslösen können, bezeugt bspw. der ehemalige Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland, Nikolaus Schneider. Als ihm seine schwerkranke Frau eröffnet hatte, dass sie für sich gegebenenfalls den assistierten Suizid in Anspruch nehmen wolle, sicherte er ihr zu, sie auf diesem letzten Weg zu begleiten, auch wenn dies seiner persönlichen Überzeugung zutiefst widersprechen und er den Suizid ablehnen würde. Ausschlaggebend sei für ihn jedoch, dass beim assistierten Suizid – im Unterschied zur Tötung auf Verlangen – nicht nur die Willensäußerung, sondern auch die Tatherrschaft beim Suizidanten selbst verbleibe, dass er aber von einer geliebten Person in seiner existentiellen Grenzsituation nicht allein gelassen, sondern begleitet werde<sup>27</sup>. Im Letzten bleibt bei diesen Äußerungen offen, ob diese Begleitung unter Umständen eine Mitwirkung am Suizid einschließen würde oder nicht. Freilich stellt sich auch in umgekehrter Richtung die Frage, ob ein sterbewilliger Mensch einer geliebten Person

<sup>26</sup> Darin ist H. KRESS, *Entscheidungen am Lebensende als Gewissensfrage*, zuzustimmen.

<sup>27</sup> S. dazu: H. GRÖHE, N. SCHNEIDER, E. FINGER, *Und wenn ich nicht mehr leben möchte? Sterbehilfe in Deutschland. Mit einem Interview mit Anne Schneider und einem Beitrag von Frank Ulrich Montgomery*, Asslar 2015.

zumuten darf, etwas zu tun, was deren persönlicher Überzeugung zutiefst widerspricht. Die Entscheidung zum Suizid und die Tatherrschaft darüber muss sie jedenfalls selbst behalten<sup>28</sup>.

### 2.3. Die sozialetische Dimension des assistierten Suizids

Damit wird natürlich auch die grundsätzliche Frage nach der sittlichen Bewertung des Suizids berührt. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die unterschiedlichen Positionen zu erörtern, die von der Ablehnung des Suizids als Verfehlung sich selbst, der Gemeinschaft und Gott gegenüber bis hin zu seiner Deutung als letzter und zugleich höchster Ausdruck der freien Selbstverfügung reichen<sup>29</sup>. Hingewiesen werden soll lediglich auf eine spezifische Problematik, nämlich jene der zunehmenden Alterssuizidalität<sup>30</sup>. Diese ist rein empirisch gesehen weniger Ausdruck der Inanspruchnahme des Rechts auf Selbstbestimmung oder Ergebnis einer rationalen Entscheidung, dass jemand sein Leben gelebt hat, vom Leben nur mehr wenig oder nichts mehr erwartet und deshalb – aufgrund dieser negativen Bilanz – einen Schlusstrich ziehen will, sondern eine

zumeist hilflose Reaktion auf die Anforderung einer reinen Selbstbestimmungslogik. Im Alter nimmt daher nicht selten das Gefühl noch zu, den Jüngeren zur Last zu fallen, gerade auch dann, wenn immer wieder betont wird, dass die Lebensqualität im Lauf der Zeit abnehme, man sowieso „vom Leben nicht mehr viel zu erwarten habe“ und daher auch jederzeit auf die Möglichkeit zurückgreifen könne, sein fundamentales Selbstbestimmungsrecht in Anspruch zu nehmen. Damit kann aber letztlich jede Selbstbestimmungslogik in ihr Gegenteil, dem Sich-selbst-überlassen-werden, umschlagen<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> So Frank Ulrich Montgomery, Präsident der deutschen Bundesärztekammer; vgl. dazu das Interview mit Montgomery, *Tötung auf Verlangen ist falsch*, in der FAZ vom 09. August 2014, S. 4.

<sup>29</sup> S. dazu: D. FENNER, *Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit?*; G. HÖVER, *Philosophisch-anthropologische und theologisch-ethische Aspekte des Suizidproblems*, in: „Arzt und Christ“ 37 (1991), S. 325–335; A. HOLDEREGGER, *Ein Recht auf den freigewählten Tod? Ethische und theologische Überlegungen*, in: DERS., *Grundlagen der Moral und der Anspruch des Lebens. Themen der Lebensethik* (Studien zur Theologischen Ethik 55), Freiburg im Br. 1995, S. 219–241; G. BRUDERMÜLLER, W. MARX, K. SCHÜTTAUF (Hgg.), *Suizid und Sterbehilfe* (Schriften des Instituts für angewandte Ethik E.V. 4), Würzburg 2003.

<sup>30</sup> Vgl. M. HÄHNEL, *Abstimmung über das Unbestimmbare?*, S. 204–205, Anm. 14, sowie die vom Autor angeführte Studie von R. LINDNER, U.A. (Hgg.), *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*, Berlin – Heidelberg 2014.

<sup>31</sup> M. HÄHNEL, *Abstimmung über das Unbestimmbare?*, S. 204, Anm. 14.

Die weiter oben im Kontext des Autonomieverständnisses bereits angesprochene Problematik zeigt sich auch hier, nämlich dass die Erweiterung von Autonomie auch zur Folge haben kann, dass neue, die Freiheit einengende Zwänge geschaffen werden.

Im Hinblick auf die rechtliche Regelung des assistierten Suizids ist in besonderer Weise auch die sozialetische Dimension einer solchen Handlung zu berücksichtigen. Grundsätzlich ist zu bedenken, dass die Umformulierung von Abwehrrechten in Anspruchsrechte dahingehend problematisch ist, dass Abwehrrechte in der Regel dem Schutz der Gewissensfreiheit dienen, Anspruchsrechte hingegen unter Umständen Dritte nötigen können, gegen ihre eigene Gewissensfreiheit zu handeln. In vorliegendem Fall besteht eben ein wesentlicher Unterschied, ob jemand eine Therapie ablehnt oder einen Therapieabbruch wünscht und ein Anrecht darauf hat, dass diesem Willen entsprochen wird<sup>32</sup>, oder ob er verlangen kann, dass ihm Dritte bei einer Suizidhandlung behilflich sind.

Im Falle einer Legalisierung des assistierten Suizids sowie von Organisationen, die Beihilfe zum Suizid anbieten – sei es lediglich geschäftsmäßig, sei es auch erwerbsmäßig – ist auch die Signalwirkung zu berücksichtigen, die eine solche rechtliche Regelung auf eine Gesellschaft haben kann. Mehr noch als auf den Suizid trifft auf den assistierten Suizid folgende Befürchtung zu:

Eine Gesellschaft, die den Selbstmord nicht mit Bestürzung auffasst, sondern ihn als eine nachvollziehbare Tat deklariert, läuft Gefahr, auch andere Menschen in den Tod zu schicken, weil auf diese Weise signalisiert wird, unsere Gesellschaft könne den Suizid nachvollziehen, ja halte ihn für vernünftig. Eine Gesellschaft, die es für vernünftig hält, wenn man im Angesicht von Krankheit Hand an sich legt, ist gefährlich. Denn sie wird zahlreiche Menschen, die mit sich hadern und daran zweifeln, ob ihr

---

<sup>32</sup> Vgl. dazu auch JOHANNES PAUL II., *Enzyklika „Evangelium vitae“*, Vatikan 1995, Nr. 65: „Von ihr [der Euthanasie] zu unterscheiden ist die Entscheidung, auf «therapeutischen Übereifer» zu verzichten, das heißt auf bestimmte ärztliche Eingriffe, die der tatsächlichen Situation des Kranken nicht mehr angemessen sind, weil sie in keinem Verhältnis zu den erhofften Ergebnissen stehen, oder auch, weil sie für ihn und seine Familie zu beschwerlich sind. In diesen Situationen, wenn sich der Tod drohend und unvermeidlich ankündigt, kann man aus Gewissensgründen «auf (weitere) Heilversuche verzichten, die nur eine ungewisse und schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne dass man jedoch die normalen Bemühungen unterlässt, die in ähnlichen Fällen dem Kranken geschuldet werden». Sicherlich besteht die moralische Verpflichtung sich pflegen und behandeln zu lassen, aber diese Verpflichtung muss an den konkreten Situationen gemessen werden; das heißt, es gilt abzuschätzen, ob die zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen. Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, dass die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird“

Leben noch wertvoll ist und ob sie nicht etwa nur noch zur Last fallen, erst recht in die Verzweiflung treiben<sup>33</sup>.

Eine vor kurzem publizierte Studie<sup>34</sup>, die zwischen 1990 und 2013 die Korrelation zwischen der Legalisierung des assistierten Suizids und der Gesamt-Selbsttötungsrate in vier US-Bundesstaaten, in denen die ärztliche Beihilfe zum Suizid legal ist<sup>35</sup>, untersucht hat, erhärtet diese Befürchtung. Das Ergebnis der Studie legt nämlich nahe, dass

die medizinische Beihilfe zum Suizid keinen Einfluss auf die „normale“ Selbstmordrate hat, vielmehr könnten suizidal veranlagte Menschen bei Freigabe des assistierten Suizids eher damit ernst machen und sich das Leben nehmen<sup>36</sup>.

Außer Frage steht, dass „sich aus dem Recht auf Leben zwar keine Pflicht des Einzelnen zum Leben ableiten lässt, wohl aber eine Pflicht der Rechtsgemeinschaft zum Schutz des Menschenlebens“<sup>37</sup>. Es stellt sich die Frage, ob bspw. die Forderung, dass „für Menschen, die in Anbetracht ihres Krankheitsschicksals einen Suizid erwägen, durchgängig das Angebot ergebnisoffener psychosozialer Beratung zur Verfügung stehen sollte“<sup>38</sup>, der soeben genannten Pflicht einer Gesellschaft entsprechen würde oder nicht. Sicher würde sie den Betroffenen eine Möglichkeit geben, über ihre Motive und Ängste zu reden sowie andere Aspekte zu thematisieren wie etwa familiäre Konstellationen und Hintergründe<sup>39</sup>, aber die Befürchtung, dass sich dadurch im öffentlichen Bewusstsein der assistierte Suizid als eine sozial akzeptierte Option neben anderen etablieren könnte, ist nicht von der Hand zu weisen. Selbst wenn „sich eine psychosoziale Beratung in zahlreichen Fällen suizidpräventiv auswirken würde [und] Menschen veranlassen könnte, ihren Entschluss zu revi-

---

<sup>33</sup> G. MAIO, *Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit*, Stuttgart 2014, S. 175.

<sup>34</sup> D.A. JONES, D. PATON, *How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide?*, in: „Southern Medical Journal“ 108 (2015) vom 10. Oktober 2015, <http://sma.org/southern-medical-journal/article/how-does-legalization-of-physician-assisted-suicide-affect-rates-of-suicide/> (15.10.2015).

<sup>35</sup> Oregon, Washington, Montana und Vermont. Am 6. Oktober 2015 wurde auch in Kalifornien die ärztliche Beihilfe zum Suizid legalisiert.

<sup>36</sup> Siehe [http://www.imabe.org/index.php?id=2226&print=1&no\\_cache\\_1](http://www.imabe.org/index.php?id=2226&print=1&no_cache_1) (14.10.2015).

<sup>37</sup> G. VIRT, *Stellungnahme in der österreichischen Parlamentsenquete „Sterben in Würde“*

<sup>38</sup> H. KRESS, *Entscheidungen am Lebensende als Gewissensfrage*, S. 154.

<sup>39</sup> Vgl. *ebd.*, S. 154–155.

dieren oder ihn hinauszuzögern“<sup>40</sup>, könnte eine allgemeine Bewusstseinsänderung auf gesellschaftlicher Ebene gegenüber dem assistierten Suizid im Ergebnis sehr viel mehr Menschen dazu bewegen, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Aus diesem Grund ist eine Legalisierung des assistierten Suizids mit verpflichtendem psychologischem Beratungsgespräch keine Alternative und die Legalisierung des assistierten Suizids bleibt sittlich abzulehnen, ob mit oder ohne verpflichtende Begleitmaßnahmen.

### **3. Eine abschließende Überlegung: Sterbefasten als Alternative zum assistierten Suizid?**

Die Voraussetzungen, die eine Legalisierung des assistierten Suizids für sittlich verantwortbar erscheinen ließen, sind fragwürdig, nämlich die Möglichkeit der zweifelsfreien Feststellung des autonomen Patientenwillens sowie die Klärung, dass der Tod für einen Menschen die subjektiv wie objektiv bessere Option als das Weiterleben darstellt. Zudem sind die sozialetischen Bedenken zu berücksichtigen, dass eine Legalisierung zu einer Zunahme von alters- oder krankheitsbedingten Suizidfällen zur Folge haben könnte und deshalb gerade nicht das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen gestärkt würde, sondern sich daraus auch neue, die individuelle Freiheit einengende Zwänge ergeben könnten. Auch würde eine Rechtsgemeinschaft durch die intendierte Stärkung des Selbstbestimmungsrechts ihre Pflicht zum Schutz des Lebens eines jeden Menschen, das ihr aus der Anerkennung des Rechtes auf Leben erwächst, abschwächen, wenn sie das Signal setzt, dass es unter bestimmten Umständen – etwa von Alter oder Krankheit – durchaus vernünftig und nachvollziehbar sei, den Tod dem Leben vorzuziehen.

Sicher gehört dazu die Wahrung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts, allerdings nicht nur im Sinne einer voluntativen Willensäußerung, sondern einer vernünftig begründeten Entscheidung, die um das Gut des Lebens und die Würde der Person weiß. Beide hängen nicht von einer verminderten Lebensqualität ab. Neben der Verantwortung gegenüber dem eigenen Leben ist auch jene gegenüber den Angehörigen und den einbezogenen Menschen wie den Ärzten oder dem Pflegepersonal zu berücksichtigen und in die Urteilsfindung einzuschließen. Schließlich bleibt zu bedenken, dass auch Entscheidungen auf der individuellen Ebene, besonders dann, wenn ihre Durchsetzung als Anspruchsrecht formuliert wird, Auswirkungen auf Dritte bzw. Unbeteiligte haben, die sich in einer vergleichbaren

---

<sup>40</sup> *Ebd.*, S. 155.

Situation befinden, und die Verantwortung ihnen gegenüber nicht vernachlässigt werden darf.

So stellt sich am Ende dieser Überlegungen nochmals die Grundsatzfrage, ob es nicht humaner sei, auf jene Herausforderungen, die hinter den Forderungen nach der Legalisierung des assistierten Suizids stehen, auf andere Weise einzugehen als durch Beihilfe zum Suizid. Die Vergewisserung menschlicher, emotionaler und spiritueller Begleitung gehört ebenso dazu wie die Zusicherung, auf „therapeutischen Übereifer“ zu verzichten, also das Leben nicht um jeden Preis zu verlängern oder den Sterbeprozess hinauszuzögern, zugleich aber jegliche zur Verfügung stehenden palliativ-medizinischen Möglichkeiten auszuschöpfen, um Schmerzen so gut wie möglich zu lindern.

Abschließend sei noch auf die in der Öffentlichkeit bislang wenig in Betracht gezogene Option des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) hingewiesen<sup>41</sup>. Auch wenn diesbezüglich kontrovers diskutiert wird, ob dieser Verzicht als suizidale Handlung zu bewerten ist oder nicht, besteht zu einem Suizid – und somit auch zum assistierten Suizid sowie zur Tötung auf Verlangen – ein entscheidender Unterschied: „Bei der Entscheidung zum FVNF kann nur der Zeitraum des Sterbenwollens, nicht aber die Stunde geplant werden. Dem Unverfügbaren wird dadurch Raum eingeräumt, den alle Beteiligten miteinander zu durchleben haben“<sup>42</sup>. Dennoch bleibt, wie bereits angedeutet, noch vertiefend zu diskutieren, ob der FVNF trotz des Unterschieds, den er zum assistierten Suizid darstellt, sittlich positiv bewertet werden kann.

\*

## Literatur

BICKHARDT J., HANKE R.M., *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine ganz eigene Handlungsweise*, in: „Deutsches Ärzteblatt“ 2014, 111 (14), S. A-590–592; online: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/158359/Freiwilliger-Verzicht-auf-Nahrung-und-Fluessigkeit-Eine-ganz-eigene-Handlungsweise> (10.10.2015).

<sup>41</sup> S. dazu B. CHABOT, CH. WALTHER, *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Mit einem Geleitwort von Dieter Birnbacher*, München – Basel 2015<sup>4</sup>; J. BICKHARDT, R.M. HANKE, *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine ganz eigene Handlungsweise*, in: „Deutsches Ärzteblatt“ 2014; 111(14), S. A-590–592; online: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/158359/Freiwilliger-Verzicht-auf-Nahrung-und-Fluessigkeit-Eine-ganz-eigene-Handlungsweise> (10.10.2015).

<sup>42</sup> J. BICKHARDT, R.M. HANKE, *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*.

- BORASIO G.D. U.A.: *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart 2014.
- BORMANN F.-J., *Ärztliche Suizidbeihilfe aus der Sicht der katholischen Moraltheologie*, in: *ZfmE* 61 (2015), S. 199–215.
- BRUDERMÜLLER G., MARX W., SCHÜTTAUF K. (Hgg.), *Suizid und Sterbehilfe* (Schriften des Instituts für angewandte Ethik E.V., 4), Würzburg 2003.
- CHABOT B., WALTHER CH., *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Mit einem Geleitwort von Dieter Birnbacher*, München – Basel 2015<sup>4</sup>.
- FENNER D., *Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizinische Untersuchung* (Angewandte Ethik 8), Freiburg im Br. – München 2008.
- GRAZIOLI C., *Wenn die Nacht zu lange wird. Lebensbejahung und Suizid*, Brixen 2003.
- GRÖHE H., SCHNEIDER N., FINGER E., *Und wenn ich nicht mehr leben möchte? Sterbehilfe in Deutschland. Mit einem Interview mit Anne Schneider und einem Beitrag von Frank Ulrich Montgomery*, Asslar 2015.
- HÄHNEL M., *Abstimmung über das Unbestimmbare? Über Chancen und Grenzen von Gesetzesvorschlägen in der aktuellen Debatte zur Sterbehilfe*, in: „*Ethica*“ 23 (2015), S. 195–223.
- HILPERT K., SAUTERMEISTER J. (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid* (Theologie kontrovers), Freiburg im Br. 2015.
- HILPERT K., *Schlüsselbegriffe und Argumentationsfiguren in der aktuellen Debatte um Sterbehilfe*, in: DERS., J. SAUTERMEISTER (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben?*, S. 97–114.
- HOLDEREGGER A., *Ein Recht auf den freigewählten Tod? Ethische und theologische Überlegungen*, in: DERS. (Hg.), *Grundlagen der Moral und der Anspruch des Lebens. Themen der Lebensethik* (Studien zur Theologischen Ethik 55), Freiburg im Br. 1995, S. 219–241.
- HÖVER G., *Philosophisch-anthropologische und theologisch-ethische Aspekte des Suizidproblems*, in: „*Arzt und Christ*“ 37 (1991), S. 325–335.
- JOHANNES PAUL II., *Enzyklika „Evangelium vitae“*, Vatikan 1995.
- JONES D.A., PATON D., *How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide?*, in: “*Southern Medical Journal*” 108 (2015) vom 10. Oktober 2015, online: <http://sma.org/southern-medical-journal/article/how-does-legalization-of-physician-assisted-suicide-affect-rates-of-suicide/> (15.10.2015).

- KRESS H., *Entscheidungen am Lebensende als Gewissensfrage*, in: K. HILPERT, J. SAUTERMEISTER (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben?*, S. 147–160.
- LINDNER R. U.A. (Hgg.), *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*, Berlin – Heidelberg 2014.
- LOENEN G. VAN, *Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt*, Frankfurt am M. 2014.
- MAIO G., *Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit*, Stuttgart 2014.
- RINGEL E., *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern*, Wien – Düsseldorf 1953.
- SAUTERMEISTER J., *Lebenswille am Ende. Zur moralpsychologischen Hermeneutik von Sterbewünschen*, in: K. HILPERT, J. SAUTERMEISTER (Hgg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben?*, S. 47–64.
- SCHOCKENHOFF E., *Niemandem zur Last fallen? Sterbewünsche im Alter als ethische Herausforderungen*; Vortrag in Würzburg, 7. September 2015 (bislang unveröffentlichtes Vortragsmanuskript).
- SCHULER K., *Sterbehilfe: Hilfe zum Suizid – erleichtern oder verbieten?*, in: Zeit online vom 2. Juli 2015, <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-07/sterbehilfe-gesetzentwuerfe-cdu-csu-spd-linke-gruene/komplettansicht> (20.09.2015).
- SMITH P., *Die Causa Jens – die Würde und das Sterben*, [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/sterbehilfe\\_begleitung/article/541373/causa-jens-wuerde-sterben.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/541373/causa-jens-wuerde-sterben.html) (19.09.2015).
- VIRT G., *Stellungnahme in der österreichischen Parlamentsenquete „Sterben in Würde“*, Anhörung vom 7. November 2014 (unveröffentlichtes Redemanuskript).
- ZENTRAALKOMITEE DER DEUTSCHEN KATHOLIKEN (Hg.), *Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Artikel- und Materialsammlung zur aktuellen Debatte über ein Verbot der organisierten Suizidbeihilfe*, online: <http://www.zdk.de/cache/dl-Sterbehilfe-und-Sterbebegleitung-Artikel-und-Mater-c843f01eb3374c0f-0540d9553b3fd910-4882.pdf> (14.10.2015).

\*

**Streszczenie: Czy istnieje zobowiązanie do życia? Etyczne aspekty dyskusji na temat wspomaganego samobójstwa.** W kontekście intensywnych debat na temat różnych

regulacji prawnych dotyczących samobójstwa wspomaganego ważną rolę odgrywa podstawowe, ale nie często tematyzowane, rozumienie autonomii pacjenta. W pierwszym rozumieniu poszanowanie autonomii pacjenta nie ogranicza się tylko do tego, że lekarz wychodzi naprzeciw życzeniom pacjenta, względnie je wypełnia, gdyż jest on świadomy zobowiązań wobec dobra pacjenta i unikania wyrządzenia szkód w sensie zasady *salus aegroti suprema lex*. W przeciwieństwie do tego często spotykamy się dzisiaj z rozumieniem autonomii w sensie *voluntas aegroti suprema lex*, zgodnie z którym lekarz w pierwszym rzędzie zobowiązany jest szanować wolę pacjenta. Poszanowanie autonomii pacjenta nie jest już rozumiane głównie jako prawo obrony pacjenta, ale w sensie roszczenia. Z tej perspektywy temu pierwszemu rozumieniu jest stawiany zarzut uśpionego paternalizmu. Autor krytycznie analizuje obydwie koncepcje autonomii i pyta o to, jak w kontekście podstawowej rzeczywistości relacyjności człowieka, jakimi są samookreślenie i zależność od opieki, mogą być tak rozumiane, że nie stanowią przeciwieństw. Ponadto krytycznie odnosi się do problemu na jakich warunkach wyrażone życzenie zabicia na żądanie albo domaganie się pomocy przy samobójstwie może być rozumiane jako autonomiczne wyrażenie woli. Autor wskazuje także na społeczno-etyczny wymiar debaty, czyli kwestii na ile prawna dopuszczalność wspomaganego samobójstwa może prowadzić do społecznej akceptacji działań samobójczych. W końcu zostało postawione pytanie, czy rezygnacja z przyjmowania pożywienia w celu przyspieszenia śmierci może być zarówno medycznie, jak i etycznie dopuszczalną alternatywą wobec samobójstwa wspomaganego.

**Słowa kluczowe:** eutanazja, zabicie na żądanie, samobójstwo wspomaganie, autonomia pacjenta, troska, rezygnacja z pokarmów i napojów.

**Abstract: Is there some obligation to life? Ethical aspects of discussions about assisted suicide.** In the context of intensive discussion on the different legal regulations of assisted suicide, the underlying understanding of patient autonomy, plays an important role, but often this is not made the subject of discussion. The first understanding views autonomy not only as respect for the free will of a patient, but relates it to the principles of beneficence and nonmaleficence. A physician sees himself obliged to the principle *salus aegroti suprema lex*. In contrast to this today often we can find an understanding of patient autonomy in the sense of *voluntas aegroti suprema lex*, according to which the will of a patient obliges that of a doctor. The patient's autonomy is not seen any more as the right to refuse medical interventions, but becomes a right to claim something. From the point of view of the latter the first concept is often criticized as paternalism. The author deals critically with both concepts of patient autonomy and tries to outline an understanding according to which autonomy and the need of care do not present a contrasting pair. He asks critically whether or under what conditions a voluntary request to be killed can really be understood as an expression of true autonomy. Further, he shows the social-ethical implications of the debate insofar the legal

permission of assisted suicide can create a social climate of acceptance of suicidal acts. Finally, the author puts the question if hastened death by voluntary self-denial of food and drink can present a medical and ethical acceptable alternative to assisted suicide.

**Keywords:** voluntary euthanasia, killing on request, assisted suicide, patient autonomy, care, voluntarily stopping eating and drinking.