



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

## Freitod auf Rezept? Implikationen und Kriterien einer ethischen Zulässigkeit zum ärztlich assistierten Suizid

verfasst von / submitted by

Raphaella Stipsits, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for  
the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 18. September 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 641

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on the  
student record sheet:

Masterstudium Interdisziplinäre Ethik

Betreut von / Supervisor:

Priv.-Doz. Dr. iur. Dr. Dr. phil. Gerhard  
Donhauser



# Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen, die mich direkt oder indirekt bei der Erstellung dieser Arbeit, bzw. dem Abschluss meines Studiums unterstützt haben, bedanken.

Herzlichen Dank an meinen Betreuer Herrn Donhauser für die Bereitschaft, Unterstützung und Förderung, sowohl bei der Themenfindung als auch der Verfassung dieser Arbeit. Die Kombination aus Zuhören, Anleiten, konstruktivem Input sowie Offenheit und Wohlwollen waren mir eine große Hilfe.

Besonders dankbar bin ich meinen Freundinnen und Freunden, die oftmals mehr an mich glauben, als ich selbst, und mir mit diesem Glauben, ihrer aufrichtigen Freundschaft und ihrer Ehrlichkeit wie auch zahlreichen Gesprächen nicht nur in Höhen und Tiefen dieses Studiums liebevoll beistanden.

Der größte Dank gebührt dem Menschen, mit dem ich mein Leben und meine Liebe teile. Gerhard hat mich stets auf so vielen Ebenen bedingungslos unterstützt. Seine Großzügigkeit, Geduld, Liebe, sein Rat, Rückhalt und Zuspruch, unsere anregenden Gespräche und nicht zuletzt seine verheißungsvolle Sicht auf mich haben mir ermöglicht, meine Studienzzeit auszukosten und dazu beigetragen, mich in vielerlei Hinsicht weiterzuentwickeln und zu wachsen. Im gesamten Studium und zuletzt bei der Erstellung dieser Masterarbeit stand er mir zudem mit seinen wissenschaftlichen Erfahrungen und Kenntnissen beratend zur Seite. Daher ist diese Arbeit ihm gewidmet.

Zuletzt danke ich meinem sieben Jahre jüngeren Ich für ihren Mut, ihrem Bedürfnis nach Weiterentwicklung und neuem Wissen nachzukommen und – trotz Ängsten und Zweifeln – nach Jahren im Arbeitsleben einen anderen und ungewissen Weg einzuschlagen.



## Kurzfassung

Krankheit und Leid stellen für viele, Sterben und Tod aber jedenfalls für alle Menschen einen immanenten Teil des Lebens dar. Dies in Verbindung mit den stetigen Fortschritten in Bio- und Medizintechnik lässt den Ruf nach Antworten, insbesondere auf Fragen, die das Lebensende betreffen, immer lauter werden. Etwa in Bezug auf den Wunsch, sich unter ärztlicher Hilfe das eigene Leben zu nehmen, weil dieses durch nicht mehr auszuhaltende Krankheitszustände unerträglich geworden ist. Für viele der Betroffenen ist ein Leben in Würde subjektiv nicht mehr möglich und es besteht nicht einmal mehr die Aussicht auf ein würdevolles Sterben ohne Beihilfe zum Suizid. In und zwischen den Disziplinen Recht, Medizin, Ethik etc. besteht ein Pluralismus an Ansichten und Argumenten zum ärztlich assistierten Suizid, was zu einer augenscheinlich anhaltenden Kontroverse und einem Mangel an klaren Orientierungspunkten führt. Die vorliegende Arbeit behandelt deshalb schwerpunktmäßig die Frage, ob – und wenn, unter welchen Voraussetzungen – ein ärztlich assistierter Suizid aus ethischer Sicht als zulässig und auch moralisch gute Handlung bewertet werden kann. Mittels einschlägiger Literatur sowie unter Einbeziehung eigener Überlegungen wurde eine Liste an Zulässigkeitskriterien erarbeitet. Diese sind als Regelfundament für den Umgang mit suizidalen Wünschen unter Zuhilfenahme ärztlicher Unterstützung zu verstehen, nämlich insofern, als dass nur wenn diese erfüllt sind, eine ärztliche Suizidbeihilfe überhaupt als ethisch zulässig in Betracht gezogen werden kann. Anhand der Betrachtungen ergeben sich Kriterien (A) auf sozial- und gesellschaftspolitischer Ebene, (B) auf Seiten der sterbewilligen Person, (C) auf Seiten der assistierenden Ärzt\*innen und (D) solche, die für Ärzt\*innen und Patient\*innen gemeinschaftlich bestehen. Dieses Regelfundament wird aber vor allem erst zusammen mit einem bewussten, sensiblen und situationsspezifischen Umgang als mögliche ethische Orientierungshilfe empfohlen.



## Abstract

Illness and suffering are an intrinsic part of life for many people, but dying and death is an immanent part of life for everyone. This, in connection with the constant advances in biotechnology and medical technology, makes the call for answers, especially to end-of-life questions, ever louder. For example, in relation to the desire to take one's own life with medical help, because it has become unbearable due to illnesses that can no longer be endured. For many of those affected, living in dignity is subjectively no longer possible and there is no longer even the prospect of dying with dignity without assisted suicide. Among the disciplines of law, medicine, ethics, etc., there exists a pluralism of views and arguments on physician-assisted suicide, resulting in what appears to be an ongoing controversy and suffers a lack of clear guidance. This thesis hence focuses on the question of whether – and if so, under what conditions – physician-assisted suicide can be assessed as permissible from an ethical point of view and as a morally good action. A list of admissibility criteria was developed using relevant literature and taking into account own considerations. These criteria are to be understood as a foundation of rules for dealing with suicidal wishes with the help of medical assistance, namely to the extent that only if they are fulfilled can assisted suicide by a physician be considered ethically permissible at all. Based on the considerations, criteria emerged (A) on the social and socio-political level, (B) on the part of the person willing to die, (C) on the part of the assisting doctors and (D) those that apply equally to physicians and patients. However, this set of rules is merely recommended as a possible ethical orientation aid in combination with a conscious, sensitive and situation-specific approach.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstellung und Zielsetzung	1
1.2	Methodik	3
<b>2</b>	<b>Grundlagen und Hintergründe</b>	<b>5</b>
2.1	Terminologie	5
2.2	Rechtslage	9
2.3	Positionen von Ethikkommissionen, Ethikräten und anderen Institutionen	12
2.4	Exkurs: Christliche Ethik und Suizid	18
<b>3</b>	<b>Beispiele aus der Praxis</b>	<b>20</b>
3.1	Schweiz	20
3.2	Deutschland	24
3.3	Werbetätigkeiten und Geschäftsmäßigkeit	25
3.4	Vereinigte Staaten von Amerika	26
3.5	Dr. Jack Kevorkian	28
3.6	Dr. Timothy E. Quill	31
<b>4</b>	<b>Ethischer Diskurs</b>	<b>33</b>
4.1	Pro und Contra einer ethischen Zulässigkeit	33
4.2	Gebot zum ärztlich assistierten Suizid?	57
4.3	Kriterien der Zulässigkeit	62
4.4	Praxisorientierte Empfehlungen	67
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>69</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>73</b>



# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Aufgrund der bestehenden Kontroverse zwischen Disziplinen, Ansichten und Argumenten zum Thema Sterbehilfe bleibt insbesondere der (ärztlich) assistierte Suizid ein vieldiskutiertes Thema in Ethik, Recht und Medizin. Erst im Jahr 2020 wurde die Thematik aufgrund gesetzlicher Änderungen im Bezug auf das Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung in Österreich und Deutschland erneut in den Fokus der Debatte gerückt. Nach wie vor stellen sich nämlich Fragen, etwa bzgl. der Rechtfertigung und Zulässigkeit des (ärztlich) assistierten Suizids sowie über den Wert des menschlichen Lebens, den berechtigten Entscheidungsträgern, möglichen Grenzen der Selbstbestimmtheit, dem Gebot der Vermeidung von Leid etc. Zusätzliche Variablen bringen die stetig voranschreitenden medizinischen und biotechnischen Entwicklungen ins Spiel, denn gesundheitliche Zustände, die früher als terminal eingestuft wurden, sind heute oftmals behandelbar. Weiter bestehen aber nach wie vor Erkrankungen und Zustände, die beispielsweise nur mit schmerzlindernden Medikamenten versorgt werden können, während sich der Zustand der Patient\*innen im besten Fall nicht verändert, jedoch meist eher weiterhin verschlechtert und ein Ableben nicht zu verhindern ist.

Die Möglichkeiten zur Lebenserhaltung, -verlängerung sowie zur Leidminderung bringen wiederum u. a. die Frage nach der Lebensqualität mit sich. Ein Mensch, der z. B. unheilbar krank ist, der dadurch körperliches wie psychisches Leid erfährt – teilweise in unvorstellbarem Ausmaß – und dessen Aussichten sich darauf belaufen, dass sein Leiden nur stärker wird, bevor dieses zum Tode führt, möchte vielleicht in der Lage sein können, sich diesem Szenario zu entziehen, sich dieses Leid zu ersparen und sich dabei von Ärzt\*innen unterstützen zu lassen. Darf er das? In manchen Ländern ja, in manchen nicht. Allein schon in diesem Umstand bildet sich die vorherrschende Uneinigkeit zum ärztlich assistierten Suizid ab. Für die einen scheinen die Gründe zu überwiegen, die gegen einen solchen sprechen, während für die anderen die Gründe dominieren, die dafür sprechen. Wie ist also mit einem Mensch, der einen solchen Wunsch hegt, umzugehen? Welche Implika-

tionen bringt die Art der Handhabung mit sich?

Das Interesse an der Thematik und der zugehörigen Fragestellung, welcher im Zuge dieser Arbeit nachgegangen wird, gründet daher einerseits auf ihrem Aktualitätsbezug. Andererseits ergibt es sich aus der Auseinandersetzung und Reflexion bestimmter Lehrinhalte innerhalb des Masterprogramms Ethik der Universität Wien. Dazu gehören u. a. die vielseitigen Theorien zum Sinn des Lebens, welche im Rahmen des Seminars *Sinn/los - Texte zum Sinn des Lebens* besprochen wurden, die Fragen, die sich zum Lebensende stellen, welche in der Vorlesung *Aufbaukurs Theologische Ethik III: Medizin- und Bioethik* behandelt wurden, die Lektüre des Textes *Über den Freitod* von Hume (2018) sowie die *Principles of Biomedical Ethics* von Beauchamp und Childress (2013). In der zugehörigen Vorlesung „*Principles of Biomedical Ethics*“ von Tom Beauchamp und James Childress wurde der assistierte Suizid explizit thematisiert, woraufhin sich die gedankliche Verknüpfung der Themen sowie die Ableitung der Fragestellung ereignet hat.

Vor diesem Hintergrund befasst sich diese Arbeit mit folgenden wissenschaftlichen Forschungsfragen, wobei es sich bei I. um die leitende Forschungsfrage handelt.

- I. Wenn überhaupt, unter welchen Voraussetzungen kann ein ärztlich assistierter Suizid aus ethischer Perspektive für zulässig erachtet werden?
- II. Welche positiven und welche negativen Aspekte bestehen aus ethischer Perspektive in Bezug auf den ärztlich assistierten Suizid?
- III. Welche handlungsweisenden Empfehlungen lassen sich aus den erarbeiteten Ergebnissen ableiten?

Hinsichtlich der in der Motivation dargelegten Aspekte sowie den daraus abgeleiteten Forschungsfragen wird die Hypothese aufgestellt, dass der ärztlich assistierte Suizid aus ethischer Perspektive unter bestimmten Umständen zulässig ist, eine Zulässigkeit ja sogar geboten sein kann. Daher beabsichtigt die geplante Arbeit folgende Ziele zu realisieren (ein Hinweis zur geplanten Herangehensweise wird ebenfalls gegeben):

**Darlegung wichtiger Termini und Hintergründe:** (1) Auflistung, Definition und Abgrenzung wichtiger Begriffe wie etwa ‚ärztlich assistierter Suizid‘ und andere Formen der Sterbehilfe, (2) Exemplarische Darlegung der Rechtslage in verschiedenen Ländern und (3) Exemplarische Abbildung von Positionen verschiedener Institutionen mit ethischem Hintergrund.

**Beschreibung des aktuellen Forschungsstands unter Beleuchtung der für diese Arbeit relevanten Aspekte:** Herausarbeitung themenspezifischer Aspekte zur ethischen Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids.

**Überblick über mögliche negative sowie positive Aspekte der Legitimation des ärztlich assistierten Suizids:** (1) Zusammenführung und Gegenüberstellung themenspezifischer Aspekte und (2) Herausarbeitung und Beleuchtung der positiven und negativen Gesichtspunkte bzw. Argumente.

**Fassung konkreter Zulässigkeitskriterien und Formulierung praxisorientierter Empfehlungen für den zukünftigen Umgang mit der Thematik:** (1) Reflexion und Kombination der Ergebnisse, (2) Herausarbeitung konkreter Zulässigkeitskriterien aus den Ergebnissen und (3) Formulierung einer sich daraus ergebenden praxisbezogenen Empfehlung für die zukünftige Auseinandersetzung mit dem Thema.

## 1.2 Methodik

Zur Bearbeitung der Forschungsfragen und Ziele wurde zuallererst anhand von Schlagwörtern wie ‚(ärztlich) assistierter Suizid‘, ‚Sterbehilfe‘ und ‚Bio- u. Medizinethik‘ die Sichtung einschlägiger Literatur vorgenommen, welche im Vorfeld etwa mithilfe von *u:search* (<https://usearch.univie.ac.at>), der Suchmaschine der Bibliothek der Universität Wien, oder in einschlägigen (Online-)Buchhandlungen recherchiert wurde. Aktuell publizierte wissenschaftliche Artikel wurden etwa über die Publizistik-Datenbank *SCOPUS* abgerufen. Eine dortige Suche nach dem Begriff ‚assisted suicide‘ ergab z. B. 3.548 Resultate, nach ‚physician assisted suicide‘ 1.336 und nach ‚assisted dying‘ 1.572 Suchergebnisse, jeweils für Literatur der

letzten 10 Jahre (Suche durchgeführt am 16.04.2021), was auf eine ausgezeichnete Quellenlage schließen lässt. Das gesichtete Material wurde daraufhin nach seiner Eignung und Aspektzugehörigkeit bewertet und systematisiert.

Konkret wurde unter Heranziehung von bspw. *Klinische Ethik* von Hick u. a. (2007), *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe* von Gavela (2013) und *Beim Sterben helfen - dürfen wir das?* von Schöne-Seifert (2020) beabsichtigt, wichtige Termini wie etwa der des ‚(ärztlich) assistierten Suizids‘ zu erklären und von anderen Formen der Sterbehilfe abzugrenzen. Die exemplarische Darlegung der aktuellen Rechtslage in Österreich, Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien sowie in einzelnen US-Bundesstaaten wurde u. a. anhand der vom Verfassungsgerichtshof (2020) erstellten *Erkenntnis G 139/2019-71*, vom Bundesverfassungsgericht (2020) verfassten *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020* wie auch „Medical Ethics: Euthanasia and Assisted Suicide“ von Polaris und Lehmann (2016) vorgenommen. Die Informationen zur Abbildung u. a. ethikkommissioneller Empfehlungen und Haltungen liefern die Stellungnahmen folgender Österreichischer, Deutscher, Schweizer und Amerikanischer Institutionen: Bioethikkommission im Bundeskanzleramt (2015), Deutscher Ethikrat (2014), Nationaler Ethikrat (2006), Nationale Ethikkommission (2005) und American Medical Association (2016).

Weiter wurde mittels Zusammenführung, Vergleich und logisch argumentativer Untersuchung der ausgewählten Literaturstellen der aktuelle Forschungsstand – das heißt insbesondere die positiven und negativen Gesichtspunkte und Argumente – in Bezug auf die ethische Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids dargelegt. Eine Herausarbeitung konkreter (ethischer) Zulässigkeitskriterien bzw. Rahmenbedingungen wurde auf Basis der Untersuchung, Kombination der Ergebnisse sowie evtl. eigener Gedanken vorgenommen. Der Versuch, handlungsweisende Empfehlungen für den zukünftigen Diskurs zu formulieren, wurde anhand eigener Überlegungen im Zuge der Betrachtung der herausgearbeiteten Ergebnisse angestellt.

## 2 Grundlagen und Hintergründe

### 2.1 Terminologie

Im Folgenden werden die für diese Arbeit grundlegenden Termini aufgeführt, erklärt sowie voneinander abgegrenzt. Insbesondere der ‚ärztlich assistierte Suizid‘ soll innerhalb der unterschiedlichen Sterbehilfeformen eine eindeutige Einordnung sowie Abgrenzung zu anderen Formen des Suizids erfahren.

#### 2.1.1 Suizid

Etymologisch betrachtet entstammt der Begriff ‚Suizid‘ dem Lateinischen. Dort entwickelte sich das Wort *Suicidium* aus *sua manu caedere*, was soviel heißt wie ‚mit eigener Hand fällen‘. Synonym für den Begriff werden etwa die Termini ‚Selbstmord‘, ‚Selbsttötung‘ oder auch ‚Freitod‘ verwendet. (Vgl. Gavela 2013, S. 3). Das *Wörterbuch der philosophischen Begriffe* versteht und dem Terminus ‚Selbstmord‘ „[...] die absichtliche Vernichtung des eigenen Lebens.“ (Regenbogen und Meyer 2013, S. 598)

#### 2.1.2 Euthanasie

‚Euthanasie‘ „(engl. »euthanasia« [...])“ (Hick u. a. 2007, S. 78) stellt einen zentralen Terminus in der Debatte um die Sterbehilfe dar. Übersetzt „([...] von griechisch »eu« = gut und »thánatos« = der Tod)“ (Hick u. a. 2007, S. 78) bedeutet Euthanasie ‚guter Tod‘. Der Begriff wird häufig aufgrund den unter dieser Bezeichnung praktizierten Gräueltaten zu Zeiten des Nationalsozialismus emotionsbeladen mit der Massenvernichtung von ‚lebensunwertem‘ Leben assoziiert. Von daher wird der Terminus bevorzugt mit dem der Sterbehilfe synonymisiert, wobei er etymologisch gesehen durchaus als korrekt zu beurteilen ist. (Vgl. Gavela 2013, S. 2)

#### 2.1.3 Sterbehilfe

Als Synonym von ‚Euthanasie‘ beschreibt der Begriff ‚Sterbehilfe‘ „[...] alle Fälle, in denen durch positives Tun (Tötung) oder Unterlassen (Sterbenlassen) ein „sanfter“ Tod i. S. einer Erlösung des Patienten von seinen hauptsächlich physischen

Qualen oder Schmerzen ermöglicht wird.“ (Gavela 2013, S. 2 f.) Seiner Definition nach wird der Begriff also bereits an einen bestehenden Leidenszustand geknüpft. (Vgl. Gavela 2013, S. 3) Anschließend werden die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe näher beleuchtet.

### **Aktive Sterbehilfe**

Bei der ‚aktiven Sterbehilfe‘ handelt es sich um eine intendierte, schmerzfreie und ärztlich durchgeführte Tötung eines kranken Menschen. Das Ziel der Handlung ist nicht per se der Tod bzw. das Sterben des bzw. der Erkrankten, vielmehr steht die Erlösung dieses Menschen von unerträglichem Leid im Vordergrund der Absichten. Dieser Aspekt stellt den deutlichen Unterschied zu sonstigen Tötungshandlungen im Vergleich zur aktiven Sterbehilfe dar. Es bestehen zwei Formen der aktiven Sterbehilfe, die im Folgenden beschrieben werden. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 78)

***Tötung auf Verlangen:*** „Wird die Tötung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten durchgeführt, handelt es sich um Tötung auf Verlangen (*voluntary euthanasia*).“ (Hick u. a. 2007, S. 78). Für den Deutschen Ethikrat handelt es sich bei der Tötung auf Verlangen um jenen Fall, bei dem jemandem – auf dessen/deren ausdrücklichen Wunsch hin – eine tödliche Injektion oder Überdosis an Medikamenten verabreicht wird oder auf andere medizinisch nicht indizierte Weise der Tod herbeigeführt wird. Hierbei steht jedoch kein krankheitsbedingter Tod bereits in Aussicht. Charakteristisch für diese Art der Sterbehilfe ist jedenfalls, dass die Tatherrschaft nicht bei der betroffenen Person liegt, da das aktive Element der Handlung durch eine andere Person übernommen wird. (Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 55)

***Nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe:*** „Werden Patienten getötet, die nicht entscheidungsfähig sind (z. B. Neugeborene oder komatöse Patienten), handelt es sich um nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe (*non-voluntary euthanasia*).“ (Hick u. a. 2007, S. 78) Im Gegensatz dazu sind Tötungshandlungen, die gegen den ausdrücklichen Willen eines bzw. einer Patienten\*in getätigt werden als Mord bzw. Totschlag einzuordnen und gelten damit nicht als Sterbehilfe. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 79)

**Indirekte Sterbehilfe:** Unter ‚Indirekter Sterbehilfe‘ ist die symptomlindernde (bspw. Schmerzlinderung) und medizinisch durchaus gerechtfertigte Behandlung mittels Medikamente zu verstehen, welche üblicherweise am Lebensende eingeleitet wird. Das Risiko, durch die Verabreichung der Arznei den Tod hervorzurufen, wird im Rahmen dieser Sterbehilfeform als Art von Nebenwirkung in Kauf genommen. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 14 f.) Das eigentliche Ziel der Behandlung stellt jedenfalls nicht der Tod, sondern die Verbesserung der Lebensqualität der jeweiligen Person dar. Wird jedoch der frühzeitige Tod des bzw. der Patient\*in beabsichtigt und etwa durch eine unnötig hohe Dosierung hervorgerufen, so handelt es sich nicht mehr um eine indirekte, sondern um eine aktive Sterbehilfe. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 75)

### **Passive Sterbehilfe**

Die ‚passive Sterbehilfe‘ bezeichnet definitionsgemäß Therapiebegrenzungen, d. h. es handelt sich dabei um Entscheidungen, die die Ablehnung der Einleitung oder Fortführung einer Therapie betreffen. Zur passiven Sterbehilfe gehören daher Behandlungsabbrüche sowie die Nicht-Einleitung von Therapien. Insofern verfügt die passive Sterbehilfe sowohl über eine ‚passive‘ als auch eine ‚aktive‘ Komponente, da eine Nicht-Einleitung therapeutischer Maßnahmen eine Unterlassung darstellt und damit passiv beurteilt wird, während ein Abbruch – etwa das Abschalten eines Beatmungsgerätes – eine aktive Handlung beinhaltet. Dennoch wird beides als passive Sterbehilfe gedeutet, da es sich in beiden Fällen um ein Geschehenlassen des Todes handelt. Deutlicher wird dies bei der Abgrenzung der passiven von der aktiven Sterbehilfe, etwa wie der Tötung auf Verlangen, bei der der Arzt bzw. die Ärztin eine direkte Handlung, beispielsweise eine tödliche Injektion, setzt, während bei der passiven Sterbehilfe durch ein Handeln oder Unterlassen dem Geschehen freier Lauf gegeben wird. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 56 f.)

### **Assistierter Suizid**

Als ‚assistierter Suizid‘ (u. a. auch: Beihilfe zur Selbsttötung) wird eine Form der Sterbehilfe bezeichnet, bei der im Vergleich zur ‚aktiven Sterbehilfe‘ die Tatherrschaft bei der betroffenen Person liegt. Das bedeutet, dass der den Tod letztendlich herbeiführende Schritt von dem bzw. der Sterbewilligen selbst gesetzt wird. (Vgl.

Hick u. a. 2007, S. 106) Bei dieser Form der Sterbehilfe geht es darum, den – zumeist leidenden – Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin bei der Umsetzung seines Vorhabens der Selbsttötung zu unterstützen. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 16) Anzumerken ist, dass es sich bei dieser Sterbehilfeform vor allem um Sterbewillige handelt, die z. B. auf keinerlei lebenserhaltende Behandlungen angewiesen sind und damit nicht die Möglichkeit einer Entscheidung zum Behandlungsabbruch oder zur Nicht-Einwilligung haben und auch sonst über keine Möglichkeit verfügen, sich ohne fremde Hilfe zu töten oder dies auch nicht wollen. Ihren Sterbewunsch zu verwirklichen ist von daher nur mittels Suizidbeihilfe – oder eventuell aktiver Sterbehilfe – möglich. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 16)

**Ärztlich assistierter Suizid:** Beim ‚ärztlich assistierten Suizid‘ (auch: medizinisch assistierter Suizid) handelt es sich um den von Ärzt\*innen unterstützten Suizid. Dieser erfolgt meist in Form der Versorgung mit einem tödlichen Medikament. Auch der Beistand während der Einnahme kann wunschgemäß erfolgen. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 16) Der bzw. die Patient\*in nimmt das letale Medikament (z. B. Pentobarbital) selbst ein und führt damit den letzten Schritt zum eigenen Tod selbst durch. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 106, 108)

### **Sterbebegleitung**

Der Begriff ‚Sterbebegleitung‘ umfasst jene Maßnahmen, die bei der Pflege und Betreuung von terminal erkrankten und sterbenden Menschen zur Anwendung kommen. Dazu gehören u. a. das Sorgen für das körperliche Wohl wie etwa die Körperpflege, das Stillen von Hunger und Durst und die Linderung von Atemnot. Ebenso zählen die Minderung von Angst, menschliche Zuwendung und seelsorgliche Betreuung zu den Aufgaben innerhalb der Sterbebegleitung. Ziel der Maßnahmen ist es die Geltendmachung des eigenen Willens des sterbenden Menschen so lange wie dies von diesem gewünscht wird sowie unter der Voraussetzung der medizinischen Möglichkeit zu gewährleisten. (Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 53). „Eine Sterbebegleitung in diesem Sinne stützt sich vor allem auf die Palliativmedizin, d. h. die Linderung von Leiden und Schmerzen mit allen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten zur Verfügung stehenden Mitteln.“ (Hick u. a. 2007, S. 113)

## 2.2 Rechtslage

In Bezug auf die rechtliche Zulässigkeit der Sterbehilfe herrschen große Unterschiede zwischen den Staaten dieser Welt. In einigen wenigen, wie auch z. B. im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon, sind bestimmte Formen der Sterbehilfe erlaubt, während sie in vielen anderen Ländern – auch nach wiederholter gerichtlicher Auseinandersetzung – weiterhin verboten bleiben. Die Unterschiede beziehen sich jedoch nicht nur auf ein generelles Pro oder Contra; vielmehr zeigen sich diese auch in den spezifischen Details erlaubter Praktiken. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 321 ff.). Die folgend beschriebenen rechtlichen Verhältnisse ausgewählter Staaten konzentrieren sich wohlgernekt auf den assistierten sowie den ärztlich assistierten Suizid.

### 2.2.1 Österreich

Die Rechtslage in Bezug auf die Mitwirkung am Selbstmord hat sich in Österreich kürzlich verändert. Bis zum 11. Dezember 2020 lautete der § 78 des Bundesgesetzes vom 23. Jänner 1974: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“ Der österreichische Verfassungsgerichtshof verkündete jedoch am 11. Dezember 2020, dass „[d]ie Wortfolge ‚oder ihm dazu Hilfe leistet,‘ [...] als verfassungswidrig aufgehoben [wird].“ Die Änderung des § 78 trat mit Ende des Jahres 2021 in Kraft. Die mit 01.01.2022 gültige Fassung des § 78 im Strafgesetz (StGB) lautet:

- (1) Wer eine andere Person dazu verleitet, sich selbst zu töten, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.
- (2) Ebenso ist zu bestrafen, wer
  1. einer minderjährigen Person,
  2. einer Person aus einem verwerflichen Beweggrund oder
  3. einer Person, die nicht an einer Krankheit im Sinne des § 6 Abs. 3 des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG), BGBl. I Nr. 242/2021, leidet oder die nicht gemäß § 7 StVfG ärztlich aufgeklärt wurde, dazu physisch Hilfe leistet, sich selbst zu töten.

Die Rechtsvorschrift des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG), BGBl. I Nr. 242/2021 in seiner Fassung vom 13.04.2022 legt in diesem Zusammenhang die zu erfüllenden „Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Sterbeverfügungen“ zum Zweck der Sicherstellung „eines dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung“ fest. Das Sterbeverfügungsgesetz sieht u. a. vor, dass eine Sterbeverfügung für österreichische Staatsbürger oder Personen mit gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich in Frage kommt. Damit soll wohl die Etablierung eines ‚Suizid-Tourismus‘ ausgeschlossen werden.

Weiter schreibt das Gesetz etwa vor, dass niemand zur Suizidbeihilfe verpflichtet werden kann und gibt bekannt, was eine solche Sterbeverfügung inhaltlich wie formal umfassen muss (z. B. Volljährigkeit, Freiwilligkeit, Selbstbestimmtheit, Vorliegen einer schweren bzw. unheilbaren oder terminalen Erkrankung, Aufklärung, zeitliche Abfolge, Dokumentations- und Meldepflichten, Präparat, Widerrufbarkeit etc.).

### **2.2.2 Deutschland**

Auch in Deutschland wurde jüngst am 26. Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht im *Urteil des Zweiten Senats* verkündet, dass der § 217 des Strafgesetzbuches in seiner Fassung vom 3. Dezember 2015 aufgrund seiner Verfassungswidrigkeit nichtig sei. Die Vorschrift erklärte bis dahin die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe, während eine nicht-geschäftsmäßige Beihilfe – etwa durch Angehörige – bereits straffrei blieb.

### **2.2.3 Schweiz**

Im *Schweizerischen Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937* (Stand am 01. Juli 2021) findet sich in Bezug auf die „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord“ lediglich im Artikel 115 des dritten Buches: „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<sup>143</sup> bestraft.“

In der Schweiz ist damit nur der assistierte Suizid aufgrund von selbstsüchtigen

Gründen strafbar, sowohl der medizinisch assistierte als auch der nicht-medizinisch assistierte Suizid sind jedoch erlaubt. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 323)

#### **2.2.4 Niederlande**

Das niederländische Sterbehilfegesetz – ‚Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung‘ – ist seit 01. April 2002 in Kraft. Es besagt, dass Sterbehilfe allein unter der Einhaltung von im Sterbehilfegesetz festgelegten Sorgfaltskriterien für den durchführenden Arzt bzw. die durchführende Ärztin straffrei bleibt. Auch müssen diese Ärzt\*innen dem bzw. der Leichenbeschauer\*in Meldung über das Vorgehen erstatten. Überprüft werden die Sterbehilfe-Fälle von Kontrollkommissionen, die im Fall einer Nichteinhaltung der verpflichtenden Bedingungen die Gesundheitsbehörde bzw. Staatsanwaltschaft einschalten. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 99)

#### **2.2.5 Belgien**

Während Polaris und Lehmann (2016) in ihrem 2016 erschienenen Artikel angeben, dass die Beihilfe zum Suizid in Belgien verboten sei (vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 328), schreibt Schöne-Seifert (2020) in ihrem Text von 2020: „In den Niederlanden und Belgien bleiben Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe bei »unerträglichem Leiden« an einer aussichtslosen (aber nicht notwendigerweise terminalen) Krankheit seit fast 20 Jahren straffrei [...]“. (Schöne-Seifert 2020, S. 21). Dabei seien lediglich den Niederlanden ähnliche Sorgfältigkeitskriterien einzuhalten (vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 21).

#### **2.2.6 Vereinigte Staaten von Amerika**

In den Vereinigten Staaten von Amerika ist der assistierte Suizid in einzelnen Staaten erlaubt. Beispielsweise besteht im US-Bundesstaat Montana kein Gesetz, das die Suizidbeihilfe formell erlaubt, jedoch hat der Oberste Gerichtshof 2009 entschieden, dass jeder Arzt bzw. jede Ärztin, die aufgrund einer solchen strafrechtlich verfolgt wird, sich auf die Zustimmung des bzw. der unheilbar kranken Patient\*in berufen kann. In Vermont ist der assistierte Suizid hingegen seit 2013 per Gesetz erlaubt, daran gebunden sind allerdings Kriterien wie etwa die Erkrankung an einer

unheilbaren Krankheit, die voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten zum Tod führen wird. Im Staat Oregon ist die Beihilfe zum Suizid mittels Wahl-Initiative bereits seit 1994 zulässig. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 323) „Der *Oregon Death with Dignity Act* (ODWDA)968, verabschiedet am 27. Oktober 1997, stellt die erste spezialgesetzliche Regelung zur Straffreistellung ärztlicher Suizidbeihilfe im amerikanischen Rechtsraum dar.“ (Gavela 2013, S. 192) Zu den Zulassungskriterien gehört hier, wie in Vermont, eine als terminal eingestufte Erkrankung. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 323)

### **2.3 Positionen von Ethikkommissionen, Ethikräten und anderen Institutionen**

Was rechtlich bzw. gesetzlich erlaubt ist, muss nicht gleich ethische Zustimmung erfahren und – vice versa – was aus ethischer Sicht zulässig oder geboten ist, muss sich noch nicht gleich in den rechtlichen Bestimmungen widerspiegeln. Gleichwohl ist es möglich, dass sich beide Bereiche in ihren Ansichten gegenseitig stützen. Um dies und den Umstand, dass sich dies nicht einfach inoffiziell hinter verschlossenen Türen ereignet, zu verdeutlichen, wird in diesem Abschnitt eine Auswahl an ethikkommissionellen und ähnlichen Positionen (Stellungnahmen) zum (ärztlich) assistierten Suizid, und nicht zuletzt zu dessen Legalität, dargelegt.

Ethik beschäftigt sich dabei als „*Wissenschaft vom moralischen Handeln*“ (Pieper 2017, S. 15) und Teilgebiet der Philosophie mit dem menschlichen Handeln und untersucht dieses in Bezug auf seine Moralität. Das bedeutet, dass sich Ethik mit den Bedingungen und der Bewertung dessen, was eine Handlung – intersubjektiv betrachtet – zu einer moralisch bzw. sittlich guten macht, auseinandersetzt. (Vgl. Pieper 2017, S. 10, 15)

Sowohl vor diesem Hintergrund als auch weiter gedacht versteht sich Ethik in dieser Arbeit als jene Disziplin, die sich damit befasst, wie wir Menschen mit uns selbst, anderen und der uns umgebenden Welt umgehen bzw. umgehen sollten, welche Werte wir als moralische Akteur\*innen haben bzw. haben sollten, und wie wir nicht nur mit den Schwierigkeiten, sondern auch den technologischen Errun-

genschaften unserer Zeit – moralisch gut – umgehen können, um damit letztlich die Welt zu einem lebenswerten und florierenden Ort zu machen. So gesehen beschäftigt sich Ethik im Allgemeinen mit dem ‚guten Leben‘, welches durchaus auch ein möglichst gutes Sterben umfassen sollte.

### **2.3.1 Bioethikkommission im Bundeskanzleramt Österreich**

Die Bioethikkommission im Bundeskanzleramt Österreich beschäftigte sich 2015 u. a. mit dem Thema des (ärztlich) assistierten Suizids und der – nunmehr durchgeführten – Änderung des § 78 StGB. In ihrer Stellungnahme zum *Sterben in Würde* gibt diese aufgrund eines nicht einstimmigen Votums zweierlei Empfehlungen. Auf der einen Seite sollte für Angehörige und Nahestehende, die Suizidbeihilfe leisten, Strafflosigkeit herrschen, sofern die betroffene Person unheilbar krank ist und nur eine begrenzte Lebenserwartung hat. Auch die ärztliche Suizidbeihilfe sollte unter bestimmten Umständen straffrei bleiben. Um jedoch das Gewissen der medizinischen Suizidhelfer\*innen zu respektieren, dürfe es keine Verpflichtung zur Assistenz geben. Auf der anderen Seite spricht sich ein anderer Teil der Kommissionsmitglieder gegen eine Abänderung des § 78 aus. Eine solche könnte Ärzt\*innen und Angehörige in eine Gewissensnot bringen und zudem insinuieren, die Suizidbeihilfe wäre innerhalb der Sterbebegleitung ein Regelfall. Vielmehr wird die Förderung von palliativmedizinischer Hilfe empfohlen. (Vgl. Bioethikkommission im Bundeskanzleramt 2015, S. 30 ff.)

### **2.3.2 Deutscher Ethikrat**

Ähnlich argumentiert auch der Deutsche Ethikrat in seiner Ad-hoc-Empfehlung von 2014. Darin wird – zwar ebenfalls nicht einstimmig – empfohlen, das zu der Zeit geltende Strafrecht nicht zu ändern, da die Mitwirkung am Suizid nicht in den Aufgabenbereich von Ärzt\*innen gehöre. Weiter „würden durch [e]ine eigene gesetzliche Regulierung etwa der ärztlichen Suizidbeihilfe [...] gleichsam ‚erlaubte Normalfälle‘ einer Suizidbeihilfe definiert [...]“. (Deutscher Ethikrat 2014, S. 3) Ebenso empfiehlt der Deutsche Ethikrat zusätzlich zu einem Ausbau der Palliativversorgung eine gesetzliche Stärkung von Maßnahmen zur Suizidprävention. (Vgl. Deutscher Ethikrat 2014, S. 2 f.)

### 2.3.3 Nationaler Ethikrat (Deutschland)

Die Mitglieder des in Deutschland ansässigen Nationalen Ethikrats haben sich 2006 mit ihrer Stellungnahme zur *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* mehrheitlich dafür ausgesprochen, dass die individuelle Beihilfe zum Suizid straflos bleiben sollte. Umstrittener sieht dies in Bezug auf die Suizidbeihilfe von Ärzt\*innen, insbesondere aus ethischer sowie berufsrechtlicher Hinsicht, aus. Gründe für eine Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids liegen u. a. in Abgrenzungs- und Kontrollproblemen bzgl. etwa der Sicherstellung, dass die Motivation der sterbewilligen Person „[...] tatsächlich einem frei verantworteten und ernsthaft bedachten Entschluss entspringt und nicht einer depressiven Verstimmung oder einer vorübergehenden seelischen Krise.“ (Nationaler Ethikrat 2006, S. 85) Weiter liege die Unterstützung bei der Selbsttötung in Konflikt mit dem ärztlichen Berufsethos und es bestünde die Gefahr, dass es von Seiten der Patient\*innen zu einem Ausüben von Druck auf die Ärzt\*innenschaft kommt. Die den ärztlich assistierten Suizid befürwortenden Mitglieder sehen diesen nicht unter allen Umständen als mit dem ärztlichen Berufsethos konfligierend. Im Falle einer unheilbaren Erkrankung könnte die Beihilfe zur Selbsttötung dem Gebot, das Patient\*innenwohl zu fördern und damit auch dem Berufsethos von Ärzt\*innen, entsprechen. Andere Argumente für die Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe umfassen u. a. die Stärkung des Vertrauens der Patient\*innen in den Arzt bzw. in die Ärztin. Eine dritte Gruppe an Mitgliedern sieht den ärztlich assistierten Suizid als individuelle Gewissensentscheidung von Ärzt\*innen an; sie würden ihre Patient\*innen über einen langen Zeitraum hinweg begleiten und wären daher in der Lage zu entscheiden, ob ein Sterbewunsch in Anbetracht der Umstände erfüllt werden könnte. (Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 84–88) „Standesethisch sollten derartige Gewissensentscheidungen als tragische Einzelfallsentscheidungen gebilligt und auch berufsrechtlich nicht geahndet werden.“ (Nationaler Ethikrat 2006, S. 88)

Bezugnehmend auf eine organisierte Beihilfe zum Suizid, das heißt eine organisierte Vermittlung von Suizidbeihilfe, herrscht unter den Mitgliedern des Nationalen Ethikrates ebenso Uneinigkeit. Die Mehrzahl bewertet die Vermittlung der Suizidbeihilfe insofern als problematisch, als dass derartige Angebote in Bezug auf jene

Handlungen, die mit der Beendigung des eigenen Lebens zu tun haben, eine gewisse Normalität vermitteln und soziale wie kulturelle Akzeptanz nahelegen. Damit würde einerseits die Hemmschwelle der Suizidwilligen herabgesetzt und andererseits die Möglichkeiten ihres gesellschaftlichen Schutzes vermindert. Ein kleinerer Teil der Mitglieder sieht keine Notwendigkeit die organisierte Suizidbeihilfe generell zu verbieten. Vielmehr sollte diese durch staatliche Aufsicht in einen gewissen Rahmen eingebettet und kontrolliert werden. Gerade unheilbar Kranken, die im Suizid eine Erlösung suchen, sollte man die Inanspruchnahme nicht grundsätzlich verweigern. Dennoch sei eine professionelle Suizidbeihilfe durch die jeweiligen behandelnden Ärzt\*innen die wünschenswertere Lösung. (Vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 88 ff.)

#### **2.3.4 Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin Schweiz**

In der Schweiz empfiehlt die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (einstimmig) in ihrer im April 2005 verabschiedeten *Stellungnahme zur Beihilfe zum Suizid*, dass die Suizidbeihilfe aus ethischen Gründen weiterhin straffrei bleiben solle. Dem sei aber vorausgesetzt, dass diese nicht aus eigennützigen Gründen geleistet werden soll. Vor dem Hintergrund des liberalen Grundsatzes des Respekts vor Entscheidungen dürfe der Staat nicht in solche intervenieren, nämlich sowohl in Bezug auf die suizidwillige Person als auch ihrer Unterstützungspersonen, wobei der Respekt vor der Entscheidung der Beihilfe leistenden Person nicht mit einer moralischen Wertung dieser gleichzusetzen ist. Von moralischen Auffassungen gäbe es in der Gesellschaft viele unterschiedliche. (Vgl. Nationale Ethikkommission 2005, S. 68) „Indem der Staat die uneigennützige Suizidbeihilfe straflos lässt, wird gleichwohl die Pluralität von Moralauffassungen in der Gesellschaft bezüglich des Suizids und der Beihilfe zum Suizid anerkannt.“ (Nationale Ethikkommission 2005, S. 68) Weiter dürfe sich eine Entscheidung zur Suizidbeihilfe nicht rein an Regelwerken orientieren, vielmehr müsse die Individualität der suizidwilligen Person und ihrer Situation berücksichtigt werden. Während die Kommission für Sterbehilfeorganisationen eine Ergänzung rechtlicher Spezifikationen und Vorgaben empfiehlt, betrachtet diese die Beihilfe zum Suizid nicht als Auftrag von Ärzt\*innen und Pflegenden. (Vgl. Nationale Ethikkommission 2005, S. 69–74) „Wo Ärztinnen und

Ärzte dennoch Suizidbeihilfe leisten, fällt dies in ihre persönliche Entscheidung.“ (Nationale Ethikkommission 2005, S. 74). Weiter solle in Anbetracht des Risikos, dass sich Menschen aufgrund von Umständen dazu genötigt fühlen von dem Angebot Gebrauch zu machen, ein besonderes Augenmerk auf die Suizidprävention gelegt werden (vgl. Nationale Ethikkommission 2005, S. 76). Insgesamt ergibt sich von Seiten der Kommission die Empfehlung in Bezug auf die Rechtslage weitere Bestimmungen einzuführen, die sicherstellen sollen, dass

- a) vor der Entscheidung zum assistierten Suizid für jeden Einzelfall hinreichende Abklärungen vorgenommen werden;
- b) niemand verpflichtet werden kann, Suizidbeihilfe zu leisten;
- c) keine Beihilfe zum Suizid geleistet wird, wenn der Suizidwunsch Ausdruck oder Symptom einer psychischen Erkrankung ist;
- d) im Falle von Empfehlung 7, Minderheitsposition: bei Kindern und Jugendlichen keine Beihilfe zum Suizid geleistet wird;
- e) die Sterbehilfeorganisationen einer staatlichen Aufsicht unterstellt werden.

(Nationale Ethikkommission 2005, S. 77)

### **2.3.5 Code of Medical Ethics der American Medical Association**

Die American Medical Association (AMA) weist im Vorwort ihres Kodexes zum Thema ‚Physician-Assisted Suicide‘ auf das Bestehen auseinandergender Meinungen trotz gleichermaßen moralischer Wohlüberlegtheit ihrer Träger\*innen hin. Obgleich des fehlenden Konsens der Teilnehmer\*innen bzgl. ärztlicher Suizidbeihilfe stünde dennoch stets die Leidvermeidung sowie die Sicherstellung der persönlichen Selbstbestimmung der einzelnen Patient\*innen im Zentrum der Debatte. „Supporters and opponents share a fundamental commitment to values of care, compassion, respect, and dignity; they diverge in drawing different moral conclusions from those underlying values in equally good faith.“ (American Medical Association 2016, S. 1) Auch in der Leitlinie des Kodexes spiegelt sich das Spannungsverhältnis zwischen den Perspektiven insofern wider, als dass dieser zwei Stellungnahmen beinhaltet: Während Stellungnahme 5.7 die Perspektive derer unterstreicht, die den ärztlich assistierten Suizid ablehnen, zeigt Stellungnahme 1.1.7

die moralisch reflektierte Grundlage für eine Befürwortung desselben.

Stellungnahme 5.7 weist darauf hin, dass trotz der mit dem Wunsch nach dem eigenen Tod aufgrund von übermäßigem Leid einhergehenden Tragik eine Zulässigkeit der ärztlichen Suizidassistenz mehr Schaden anrichten würde, als sie Nutzen hervorbringen könnte. Auch sei die Unterstützung beim Selbstmord nicht mit der heilenden und Leben schützenden Rolle von Ärzt\*innen vereinbar. Zudem sei eine solche Praktik nicht ausreichend kontrollierbar und würde schwerwiegende gesellschaftliche Auswirkungen nach sich ziehen. Ärzt\*innen seien jedoch jedenfalls dazu angehalten, engagiert auf die Bedürfnisse ihrer Patient\*innen einzugehen. Dazu gehöre u. a. der Respekt vor der Autonomie des bzw. der Patient\*in, eine gute Kommunikation, emotionaler Beistand, angemessene Pflege sowie ein angemessenes Schmerzmanagement und die weitere Unterstützung trotz Unheilbarkeit.

Stellungnahme 1.1.7 gibt zu bedenken, dass Ärzt\*innen nicht rein durch ihren Beruf definiert werden; sie seien stets auch moralische Akteur\*innen mit unterschiedlichen religiösen, kulturellen etc. Hintergründen und Werten. Von daher sei es notwendig – auch um die jeweils eigene berufliche Integrität zu wahren – den Ärzt\*innen zu ermöglichen, genauso im beruflichen Rahmen nach ihrem Gewissen zu handeln und zu entscheiden. Selbstverständlich solle diese Freiheit aber nicht ohne Einschränkungen gewährt werden.

Physicians are expected to provide care in emergencies, honor patients' informed decisions to refuse life-sustaining treatment, and respect basic civil liberties and not discriminate against individuals in deciding whether to enter into a professional relationship with a new patient.

(American Medical Association 2016, S. 2)

Doch in Situation, in denen das Handeln nach dem eigenen Gewissen ohne die Verletzung der beruflichen Pflichten möglich ist, sollte dies auch Umsetzung finden. Dabei müssten sich Ärzt\*innen aber stets fragen, ob oder inwieweit sich eine Handlung oder Entscheidung negativ auf die eigene Integrität auswirkt oder sie in moralische Bedrängnis versetzt. Ebenso ist sicherzustellen, dass durch die Hand-

lungen und Entscheidungen der Ärzt\*innen nicht einzelne oder Gruppen von Patient\*innen diskriminiert oder beeinträchtigt werden. Ferner sollten Ärzt\*innen trotz eigener moralisch-bedingter Ablehnung gewisser Handlungen die Patient\*innen stets vollständig über sämtliche Möglichkeiten und Umstände informieren und bei Bedarf eine Überweisung zu Kolleg\*innen durchführen. (Vgl. American Medical Association 2016, S. 1 ff.)

## 2.4 Exkurs: Christliche Ethik und Suizid

Wir unterscheiden zwischen einer christlichen und einer humanistischen Ethik. Eine humanistische Ethik läßt die Gottesfrage offen; eine christliche Ethik stellt den Menschen klar und deutlich vor die Gottes- und die Christusfrage. Das Dunkel, ja, die Sinnlosigkeit des Sterbens empfangt ein helles Licht aus dem Glaubenswissen. Aus einer solchen Quelle erhält das ganze Leben des Menschen eine einmalige Würde, einen nicht vergänglichen Glanz.

(Bonelli und Prat 2000, S. 4)

Das Christentum stand bzw. steht dem Suizid überwiegend kritisch und ablehnend gegenüber. Selbsttötungshandlungen werden größtenteils als Versuch, sich gewissen menschlichen Verpflichtungen zu entziehen, betrachtet. (Vgl. Wittwer u. a. 2010, S. 9, 17) Mit jedem gesetzten Schritt, der auf eine vorzeitige Beendigung des Lebens abzielt, würde zudem die ‚Heiligkeit des Lebens‘ untergraben. Damit gehören oftmals nicht nur suizidale Handlungen, sondern auch z. B. Praktiken wie das Sterbefasten zu den abgelehnten Vorgehensweisen. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 326)

Für viele Christen besteht die Glaubensüberzeugung, dass die persönliche Selbstbestimmung nicht unbegrenzt ist. Autonomie wird als ‚sittliche Selbstbestimmung‘ verstanden und hat nichts mit der Erfüllung individueller Wünsche zu tun. (Vgl. Bonelli und Prat 2000, S. 55, 65) „Der Christ weiß, daß er die Stimme seines Gewissens nicht mit jener seiner Launen, aber auch nicht mit jener seiner Neigung zur Bequemlichkeit, nach einem leichten Leben und nach Vergnügungen verwechseln

darf.“ (Bonelli und Prat 2000, S. 65) Dies kommt auch in Bezug auf den Sterbevorgang zur Anwendung; im Sterben des Menschen liegt seine letzte zu erfüllende Aufgabe, nämlich das eigene Leben in seiner Gesamtheit anzunehmen, damit Frieden zu schließen und als gläubiger Mensch – im Sterben – Gott noch näher zu kommen. Der Glaube an eine Versöhnung mit Gott, an dessen unendliche Liebe und dessen eigene Opferbereitschaft für den Menschen, die er mit seinem Tod am Kreuz unter Beweis gestellt hat, ruft den Menschen zur Verantwortung für sein eigenes und anderer Leben auf. Diese Verantwortlichkeit zum Schutz des Menschenlebens sichert, dass das Leben weder zu seinem Beginn noch Ende vorzeitig in seiner Länge beschnitten wird. (Vgl. Bonelli und Prat 2000, S. 59) „Für den Christen war das Leben schon immer ein Geschenk Gottes, und schon deshalb heilig und unantastbar.“ (Bonelli und Prat 2000, S. 65) In den Ausführungen zu ‚Gott und Suizid‘ in Ferdinand von Schirachs *Gott. Ein Theaterstück*. findet sich die christliche Position sehr schön und prägnant ausformuliert:

Das Recht jedes Menschen, selbst zu entscheiden, wie und wann sein Leben zu Ende gehen soll, wie es der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte formuliert, passt nicht zum theologischen Weltbild. Zwischen Theologie und Sterbehilfe besteht ein Antagonismus. Das Leben sei eine Gabe, ein Geschenk und damit der Sache nach Eigentum Gottes, des Schöpfers dieses Lebens. Nur dieser Gott habe das Recht, über Tod und Leben zu entscheiden. Diese tradierten Prämissen werden heute modern präsentiert, aber in der Sache hat sich wenig geändert. Gesprochen wird von der Heiligkeit des Lebens. Eine Fürsorge hin zur guten Orientierung, die Gott den Menschen gegeben habe, sei gegenüber der Selbstbestimmung das weiterreichende Prinzip.

(von Schirach 2020, S. 102)

## 3 Beispiele aus der Praxis

Um zu zeigen in welcher Form und in welchem Rahmen medizinische Suizidbeihilfe in der Praxis erfolgen kann, welche Kriterien dabei zur Anwendung kommen und welche Rolle Ärzt\*innen dabei zukommt, werden nachfolgend einige ausgewählte Beispiele dargelegt.

### 3.1 Schweiz

#### **DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben**

Der Schweizer Verein ‚DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben‘ wurde bereits 1998 gegründet und agiert nach eigenen Angaben in keinerlei Hinsicht gewinnorientiert. Sein Leistungsumfang beinhaltet u. a. die Beratung bzgl. Lebensende-Angelegenheiten sowie die Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen und anderen Organisationen. (Vgl. DIGNITAS 2021, S. 1) Ebenso bietet der Verein Menschen mit „[...] ärztlich diagnostizierten hoffnungslosen oder unheilbaren Krankheiten, unerträglichen Schmerzen oder unzumutbaren Behinderungen [...]“ (DIGNITAS 2021, S. 2) die Möglichkeit der, wie es dort heißt, ‚Freitodbegleitung‘. In der Informationsbroschüre von DIGNITAS-Deutschland wird diese definiert als eine

Mischung aus Elementen der Beihilfe zur Selbsttötung und der Sterbegleitung; sie entspricht am ehesten, was den Mitgliedern von Organisationen in der Schweiz wie DIGNITAS, EXIT, etc. ermöglicht wird. Der Sterbewillige nimmt einen gut vorbereiteten, wohl überlegten Suizid vor – wird dabei aber nicht alleine gelassen, sondern betreut und begleitet, möglichst immer in Anwesenheit von Familie und Freunden, wo immer möglich bei ihm zuhause.

(DIGNITAS-Deutschland e.V. 2020, S. 6)

Um eine Freitodbegleitung in Anspruch nehmen zu können, muss die sterbewillige Person (zahlendes) Mitglied des Vereins sein und in Form eines schriftlichen Gesuches um eine solche Begleitung anfragen. Dieses Gesuch besteht aus einem persönlich verfassten, unterschriebenen Brief, in dem ein ausdrückliches Ansuchen auf

Freitodbegleitung formuliert sowie die Gründe und der momentane Gesundheitsstatus dargelegt werden. Zudem sind ein Lebensbericht wie auch entsprechende medizinische Berichte, Befunde etc. vorzulegen. Wird die Freitodbegleitung gewährt, kümmert sich der Verein um die Beschaffung des letalen Medikaments; dies geschieht laut Informationsbroschüre anhand eines durch Schweizer Ärzt\*innen ausgestellten Rezeptes. Die verschreibenden Ärzt\*innen treffen anhand der Gesuchsunterlagen sowie einer Untersuchung der sterbewilligen Person eine Entscheidung für oder gegen die Ausstellung, wobei die tatsächliche Zu- bzw. Aberkennung einer Freitodbegleitung von den durch die Sterbewilligen persönlich konsultierten Ärzt\*innen stattfindet. Bei dem eingesetzten Medikament handelt es sich um ein schnell und schmerzfrei wirkendes Barbiturat, welches, aufgelöst in einem Glas Wasser, getrunken wird. Hier ist es, insbesondere aus rechtlichen Gründen, wesentlich, dass die Person die letzte todbringende Handlung – das Zuführen der Flüssigkeit – selbstständig vornimmt. Sollte dies nicht der Fall sein, kommuniziert DIGNITAS explizit, dass eine Hilfestellung nicht möglich ist. Nach Einnahme des Medikamentes tritt der Tod des Mitglieds innerhalb von nur wenigen Minuten, schmerzfrei und in Form des Einschlafens ein. Für diesen Ablauf der Freitodbegleitung wird, sobald das Rezept beschafft ist, ein Termin vereinbart, bei dem zwei Mitarbeiter\*innen von DIGNITAS anwesend sind, die den Vorgang begleiten und bezeugen.

In Bezug auf die Voraussetzungen für eine mögliche Freitodbeihilfe werden seitens DIGNITAS ausführliche Gespräche sowie Untersuchungen durchgeführt. Dabei werden die Urteilsfähigkeit des Mitglieds, ob der Sterbewunsch dem Willen des Mitglieds entspricht, ob durch Nahestehende oder Angehörige in irgendeiner Weise Druck auf die sterbewillige Person ausgeübt wird und ob die Person minimal körperlich aktionsfähig ist, festgestellt. Weiter muss bzw. müssen, aufgrund der Beteiligung von Schweizer Ärzt\*innen, eine terminale Erkrankung und / oder eine nicht zumutbare Behinderung und/oder nicht zu beherrschende Schmerzen vorliegen. (Vgl. DIGNITAS 2021, S. 1 f., 6 ff.)

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass es sich hierbei nicht per se um einen ärztlich assistierten Suizid handelt, sondern um durch eine Sterbehilfeorganisation

unterstützte Selbsttötung. Nichtsdestoweniger erfüllen Ärzt\*innen aufgrund der Verschreibungspflicht tödlicher Medikamente eine Schlüsselfunktion. DIGNITAS betont, dass das letale Medikament auch nur insofern auf legale Weise beschafft werden kann – und von DIGNITAS auch nur auf diese Weise beschafft wird –, als dass es über ein ärztlich ausgestelltes Rezept besorgt wird. Für jene, die in der Schweiz wohnhaft sind, würden häufig die eigenen Hausärzte in Frage kommen; vorausgesetzt diese sind dazu bereit. In Bezug auf alle anderen Sterbewilligen, wie etwa nicht in der Schweiz Ansässige, kann sich der Verein „[...] auf die unabhängigen Schweizer Ärzte stützen, die mit DIGNITAS zusammen arbeiten.“ (DIGNITAS 2021, S. 2) Dabei begutachten die entsprechenden Ärzt\*innen (wie oben bereits angemerkt) den Zustand der Mitglieder persönlich, bevor sie eine Entscheidung treffen. (Vgl. DIGNITAS 2021, S. 2) Aus der Informationsbroschüre geht hervor, dass „[e]in derartiges Rezept [...] von einem schweizerischen Arzt nur dann ausgestellt werden [darf], wenn er den Patienten gesehen und – so verlangt es jedenfalls der Zürcher Kantonsarzt – «untersucht» hat.“ (DIGNITAS 2021, S. 8)

## **EXIT**

Der ebenfalls in der Schweiz ansässige Verein ‚EXIT‘ wurde bereits 1982 gegründet. Auch mit seinem Tätigkeitsspektrum verschreibt sich dieser der Idee der „Selbstbestimmung der Menschen bis ans Lebensende“ (EXIT 2021, S. 7). Sein Angebot umfasst daher die Beratung in Krankheitssituationen sowie die Freitodbegleitung. EXIT hat nach eigenen Angaben im letzten Jahrzehnt pro Jahr ca. 530 Menschen in der Angelegenheit Freitod begleitet und unterstützt. Während der Verein diese Tätigkeit nicht als seine Hauptaufgabe betrachtet, schreibt er ihr jedoch eine präventive Eigenschaft zu, da diese Sterbewillige daran hindern würde, sich selbst auf eine gewaltsame Weise und in völliger Einsamkeit das Leben zu nehmen. Auch die Gewissheit, dass es im Falle von großem Leid einen Ausweg gibt, verhilft den Menschen ihr Leid besser ertragen zu können; häufig sogar bis zum eigenen natürlichen Tod.

Als Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung durch EXIT gelten (a) Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person, d. h. diese muss um ihr Tun wissen, (b) Wohlwollenheit, welche sich darauf bezieht, dass die Person ihre möglichen Alternati-

ven kennt sowie nicht aus einem Affekt heraus handelt, (c) Konstanz in Bezug auf den Sterbewunsch, (d) Autonomie, in deren Sinne die Person nicht unter Einfluss anderer Personen stehen darf und letztlich (e) muss die Tatherrschaft – also die Durchführung der letzten, todbringenden Handlung – auf Seiten des bzw. der Sterbewilligen liegen. Weiter muss die Situation der sterbewilligen Person zumindest eine der folgenden Eigenschaften aufweisen: (i.) Hoffnungslosigkeit der Prognose, (ii.) Unerträglichkeit der Beschwerden oder (iii.) Unzumutbarkeit einer Behinderung. (Vgl. EXIT 2021, S. 7, 18) Selten kommt es vor, dass EXIT auch an psychischen Erkrankungen leidende Menschen unterstützt; so ist es zwar gerichtlich möglich langjährig leidende Erkrankte zu begleiten, jedoch müssen diese unbedingt urteilsfähig sein und es bestehen sehr strenge Auflagen, wie etwa die positive Beurteilung durch die Ethikkommission (vgl. EXIT 2021, S. 21).

Auch bei EXIT werden zudem bestimmte Dokumente für eine Freitodbegleitung vorausgesetzt. Es muss ein aktuelles, vom behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin ausgestelltes Diagnoseschreiben, eine ebenfalls durch einen Arzt bzw. Ärztin verfasste Bestätigungsschreiben bzgl. der Urteilsfähigkeit der Person sowie ein ärztliches Rezept für das terminale Medikament vorliegen. Dieses Rezept wird entweder durch Hausärzt\*innen, behandelnde Ärzt\*innen oder von EXIT-Konsiliarärzt\*innen ausgestellt. Weiter wird mit den Sterbewilligen vorab ein Beratungsgespräch durch eine Freitodbegleitperson durchgeführt. Kommt es zur Freitodbegleitung, übernimmt EXIT wiederum das Einlösen des Rezepts in der Apotheke sowie das Schaffen eines würdigen Umfelds für den Vorgang. Wiederum ist es wichtig, dass die Tatherrschaft bei der sterbewilligen Person liegt. Da es sich bei einem Freitod rechtlich gesehen um einen ‚außergewöhnlichen Todesfall‘ handelt, muss ein solcher im Rahmen der Freitodbegleitung letztlich bei der Polizei gemeldet werden, woraufhin diese samt Amtsarzt bzw. Amtsärztin an den jeweiligen Ort kommt, um zu prüfen, ob sämtliche gesetzlichen Vorschriften eingehalten wurden. (Vgl. EXIT 2021, S. 18–21)

Auch hier handelt es sich nicht um einen ärztlich assistierten Suizid per definitionem, dennoch spielen Ärzt\*innen hier gleichsam aufgrund der Verschreibungspflicht des letalen Medikamentes eine tragende Rolle. Laut EXIT-Broschüre erhal-

ten etwa die Hälfte der Sterbewilligen ihr Rezept vom eigenen Hausarzt bzw. der eigenen Hausärztin. (Vgl. EXIT 2021, S. 25)

## 3.2 Deutschland

### DIGNITAS-Deutschland

Der Verein ‚DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben (Sektion Deutschland) e.V.‘ (vgl. DIGNITAS-Deutschland e.V. 2020, S. 1) – kurz: DIGNITAS-Deutschland – wurde am 26. September 2005 gegründet. Während für in Deutschland ansässige Personen vom Schweizer Verein DIGNITAS keine direkte Mitgliedschaft mehr angeboten wird, haben diese jedoch die Möglichkeit, sich als Mitglieder des Vereins DIGNITAS-Deutschland mit ihren Angelegenheiten an den schweizerischen Verein zu wenden (vgl. DIGNITAS 2021, S. 4).

DIGNITAS-Deutschland macht sich primär für das Selbstbestimmungsrecht und die Wahlfreiheit mündiger Menschen in mit dem Lebensende zusammenhängenden Angelegenheiten stark (vgl. DIGNITAS-Deutschland e.V. 2020, S. 1, 4). Er engagiert sich nach eigener Aussage dafür,

dass ein Mensch, der wegen hohen Alters, erheblicher Beschwerden aufgrund von Krankheiten, oder auch deswegen, weil er fürchtet, in einem Alten- oder Pflegeheim seine restliche Gesundheit einzubüßen und seine Autonomie zu verlieren, sein Leben in Deutschland risikolos und friedlich im Kreise seiner Angehörigen und Freunde beenden kann, anstatt dass er eine gewaltsame Methode für eine einsame Selbsttötung anwenden muss.

(DIGNITAS-Deutschland e.V. 2020, S. 1)

DIGNITAS-Deutschland setzte sich vor diesem Hintergrund auch tatkräftig für die Aufhebung des nunmehr für verfassungswidrig erklärten § 217 StGB ein, durch welchen jede Art der organisierten Suizidbeihilfe strafbar gehalten wurde (vgl. DIGNITAS-Deutschland e.V. 2020, S. 3).

### 3.3 Werbetätigkeiten und Geschäftsmäßigkeit

Ohne weiteres stellt sich die Frage, ob im Falle einer (gesetzlichen und/oder ethischen) Legitimation wiederum das Werben bzw. der geschäftsmäßige Umgang mit dem assistierten Suizid für zulässig erachtet werden kann. Im Folgenden wird daher cursorisch auf die bestehende Praxis in Bezug auf die Bewerbung von Suizidbeihilfeleistungen in der Schweiz sowie in Österreich und Deutschland eingegangen.

In der Schweiz wird die Freitodbegleitung durch die Sterbehilfeorganisationen vermehrt beworben. Aus einem Bericht des Schweizer Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements geht hervor, dass nicht nur innerhalb der Schweiz, sondern auch über die Grenzen hinaus in Form von Inseraten, Berichten, öffentlichen Auftritten und Radioeinschaltungen die Werbetrommel für das Angebot der Sterbehilfeorganisationen gerührt wird. (Vgl. Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD 2009, S. 10) Der Verein EXIT machte auch dadurch auf sich aufmerksam, dass er in seinem „Vereinsheft für ein Buch Werbung betreibt, das beschreibt, welche Medikamente sicher zum Tod führen und [...]“ (Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD 2009, S. 10) zudem genaue Angaben über Kombination und Dosis der Einnahme macht (vgl. Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD 2009, S. 10).

In Österreich verbietet § 12.(1) StVfG, BGBl. I Nr. 242/2021 das Werben für Suizidhilfeleistungen. Weiter heißt es: „Das Werbeverbot umfasst die Werbung, die eigene oder fremde Hilfeleistung oder Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt oder anpreist.“

Das deutsche Bundesverfassungsgericht erklärt im 2. Leitsatz zum *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020* wiederum, dass „[d]as in § 217 Abs. 1 StGB strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung [...] es Suizidwilligen faktisch unmöglich [macht], die von ihnen gewählte, geschäftsmäßig angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen.“ Das Verbot müsse zudem „am Maßstab strikter Verhältnismäßigkeit“ gemessen werden. Weiter würde das Verbot

der geschäftsmäßigen Förderung die Möglichkeiten des assistierten Suizids derart einschränken, dass die verfassungsrechtliche Freiheit des bzw. der Einzelnen nicht mehr wahrgenommen werden könne.

### 3.4 Vereinigte Staaten von Amerika

#### Oregon

Im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon ermöglicht ‚The Oregon Death with Dignity Act (DWDA)‘ unheilbar kranken Menschen die Selbsttötung anhand der Verabreichung eines tödlichen Medikaments. Dieses wird den Betroffenen zum Zweck der selbstständigen Einnahme von Ärzt\*innen verschrieben. Die Sterbewilligen müssen auch hier bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Diese umfassen, dass die Person mindestens 18 Jahre alt ist, ihren Wohnsitz in Oregon hat, Entscheidungen bzgl. ihrer Gesundheitsversorgung selbstständig treffen und mitteilen kann, und, dass die Person an einer diagnostizierten, tödlichen Krankheit leidet, die innerhalb von sechs Monaten zum Tod führen würde. (Vgl. Public Health Division 2020, S. 3 f.) Aus § 127.810 Abs. 32.02., § 127.840 Abs. 3.06. *THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT. OREGON REVISED STATUTES* geht hervor, dass für die Ausstellung des Rezeptes die Sterbewilligen zuerst ein mündliches, dann ein schriftliches Ansuchen an ihre behandelnden Ärzt\*innen stellen müssen. Das schriftliche Ansuchen muss außerdem unter dem Beisein von mindestens zwei Zeug\*innen von der Person selbst unterschrieben und mit Datum versehen werden. Die Zeug\*innen müssen mit bestem Wissen und Gewissen bezeugen, dass die Person freiwillig und unter keinerlei Zwang anderer handelt. Zudem darf zumindest eine\*r der Zeug\*innen nicht mit der sterbewilligen Person verwandt, erbberechtigt oder Angehörige\*r der Gesundheitseinrichtung sein, in welcher sich die Person in Behandlung befindet. Innerhalb von nicht weniger als 15 Tagen nach dem ersten mündlichen Ansuchen muss der bzw. die Patient\*in sein bzw. ihr mündliches Gesuch an den behandelnden Arzt wiederholen.

Bevor das Rezept für das letale Medikament ausgestellt wird, wird die sterbewillige Person von zwei voneinander unabhängigen Ärzt\*innen untersucht und dabei überprüft, ob diese die notwendigen Kriterien erfüllt. Das Ergebnis wird dann an

die Oregon Health Authority weitergeleitet, welche wiederum überprüft, ob alle gesetzlichen Bestimmungen eingehalten wurden. (Vgl. Public Health Division 2020, S. 3 f.)

Die meist genannten Gründe für die Entscheidung, sich ärztliche Hilfe zur Selbsttötung zu besorgen, sind laut dem 2019 verlautbarten Bericht von Oregon Death with Dignity die abnehmende Fähigkeit an Aktivitäten, die das Leben angenehm machen, teilzunehmen, der Verlust der Autonomie sowie der Verlust der eigenen Würde. (Vgl. Public Health Division 2020, S. 6)

Seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1997 wurde an 2.518 Menschen ein Rezept für das tödliche Medikament ausgestellt, wobei 1.657 Menschen (66 %) tatsächlich durch die Einnahme gestorben sind. (Vgl. Public Health Division 2020, S. 5)

### **Washington**

Ähnlich wie in Oregon ermöglicht im US-Bundesstaat Washington seit 2009 ‚The Washington State Death with Dignity Act‘ tödlich erkrankten, erwachsenen Staatsbewohner\*innen, deren Lebenserwartung das Maximum von sechs Monaten nicht überschreitet, um die ärztliche Verschreibung eines tödlichen Medikaments anzufragen (vgl. Disease Control and Health Statistics Center for Health Statistics, Washington State Department of Health 2019, S. 5). Die Sterbewilligen müssen auch hier geistig in der Lage sein, informierte Entscheidungen zu treffen sowie die Fähigkeit aufweisen, das Medikament selbstständig einzunehmen (vgl. end of life Washington 2020, S. 1). Von den behandelnden und beteiligten Ärzt\*innen und Pharmazeut\*innen fordert das Gesetz, dass diese während des Prozesses den Behörden mehrfach bestimmte Unterlagen und Berichte vorweisen. Dazu gehört u. a. auch der Bericht über den Eintritt des Todes aufgrund der Einnahme des verschriebenen Medikaments durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin. Weiter setzt der Prozess die Einbindung von zumindest zwei voneinander unabhängigen Ärzt\*innen voraus, welche die sterbewillige Person untersuchen und behandeln. Während ein psychiatrisches oder psychologisches Gutachten gesetzlich gesehen nicht notwendig ist, besteht jedoch die Möglichkeit für beteiligte Ärzt\*innen ein solches anzufordern. (Vgl. Disease Control and Health Statistics

Center for Health Statistics, Washington State Department of Health 2019, S. 14 f.) Darüber hinaus sieht es das Gesetz vor, dass – wie auch in Oregon – die sterbewillige Person zwei aufeinanderfolgende, mündliche Anfragen in einem zeitlichen Abstand von mindestens 15 Tagen sowie ein schriftliches Ansuchen um das letale Medikament stellt (vgl. end of life Washington 2020, S. 1).

Laut *2018 Death with Dignity Act Report* sind es auch hier – wie etwa in Oregon – die Sorgen um den Verlust der Autonomie, der Würde sowie der Fähigkeit an freudigen Aktivitäten teilzunehmen, die die Sterbewilligen als Entscheidungsgründe für den assistierten Suizid angeben (vgl. Disease Control and Health Statistics Center for Health Statistics, Washington State Department of Health 2019, S. 5).

In Washington können sterbewillige Menschen, die die Voraussetzungen erfüllen, kostenfreie Unterstützung durch die freiwilligen Helfer der Organisation ‚end of life Washington‘ finden (vgl. end of life Washington 2020, S. 1). Die Freiwilligen bieten Information, Beratung, Unterstützung und Begleitung an (vgl. end of life Washington o.D., S. 1). Sie helfen beispielsweise den Sterbewilligen dabei Ärzt\*innen zu finden, die sie unterstützen. Ebenso begleiten sie diese und deren Familien während des gesamten Prozesses, um ihn so unbelastend wie möglich zu gestalten. (Vgl. end of life Washington 2020, S. 1)

### **3.5 Dr. Jack Kevorkian**

In den Jahren 1990 bis 1998 assistierte Dr. Jack Kevorkian – auch bekannt als „Dr Death“ (Nicol und Wylie 2006, S. 2) – wiederholt Sterbewilligen bei deren Selbsttötungen (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 263). Dafür entwickelte der Mediziner eine Maschine, anhand derer den Patient\*innen ein tödliches Medikament intravenös verabreicht wurde. Zunächst bezeichnete Kevorkian die Maschine als „thanatron“ – Griechisch für Todesmaschine –, später benannte er diese jedoch in „mercitron“ um. Mit dem Apparat sollte der Tod der sterbewilligen Person besonders schnell, schmerzfrei und vor allem selbstständig vonstatten gehen. (Vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 10, 143 f.). Zu einem späteren Zeitpunkt entwickelte Kevorkian noch eine weitere Maschine, mit welcher den Patient\*innen über eine Maske ein tödliches

Gas zugeführt wurde (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 10 f.).

With one machine the patient pushed a button, enabling a sedative to course through an IV into their body, followed soon after by a drug that would stop their heartbeat. The other machine had a gas mask connected to a carbon monoxide tank. The patient just had to pull a clip off the tube and release the gas. In both variations, the patient had control. They decided when they were ready to die.

(Nicol und Wylie 2006, S. 10 f.)

Vor dem Hintergrund seines Handelns entwickelte Kevorkian für sich selbst wie auch für andere Ärzt\*innen, die Suizidbeihilfe leisteten oder leisten wollten, eine Liste an Richtlinien. Zu diesen gehörte die Voraussetzung, dass auf Seiten des bzw. der Patient\*in ein konstanter Sterbewunsch bestand. Weiter musste die sterbewillige Person unheilbar sowie terminal erkrankt sein und dementsprechend auch Leid ertragen. Zudem sollte Suizidbeihilfe ausschließlich von Ärzt\*innen durchgeführt werden dürfen und jedenfalls kostenfrei sein. Die Ärzt\*innen müssten sich außerdem stets eingehend über Diagnose, Krankheitsgeschichte und Prognose des bzw. der Patient\*in informieren. Ebenso sollten Gespräche mit den Angehörigen und den Anwält\*innen der Patient\*innen geführt werden, um etwaige Interessenskonflikte auszuschließen. Ferner sollten die Ärzt\*innen in jedem Fall ein psychologisches Gutachten darüber konsultieren, ob die sterbewillige Person über die notwendige geistige Fähigkeit verfügt, selbst entscheiden zu können, ihrem Leben ein Ende setzen zu wollen. (Vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 145)

In Michigan, wo Dr. Kevorkian Suizidbeihilfe leistete, bestand zur Zeit seines Handelns kein Gesetz gegen den assistierten Suizid. Dies führte dazu, dass er zwar mehrfach angeklagt, jedoch aufgrund des Umstandes, kein Verbrechen begangen zu haben, immer wieder freigesprochen wurde. (Vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 150) „He had won a number of court cases over his assistance in other patients' suicides, but in those cases the patients had used his machine. They had been directly responsible for their own passing.“ (Nicol und Wylie 2006, S. 11) Dennoch wurde ihm 1991 in Michigan seine Behandlungslizenz entzogen. Zwei Jahre später eben-

so in Kalifornien; dort mit der Begründung Kevorkian sei (Vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 184 f.) „fundamentally unfit to practise medicine“ (Nicol und Wylie 2006, S. 185). Der Verlust seiner Lizenz war letztlich auch der Grund weshalb Kevorkian die Gas-Methode entwickelte, da es ihm ohne Lizenz nicht mehr möglich war, legal an die Medikamente für seine Suizidmaschine zu gelangen (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 159).

Am 28. November 1998 wurde Kevorkian aber doch wegen Totschlags und dem Verstoß gegen das Suizidbeihilfe-Gesetz angeklagt (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 187). Dies angesichts dessen, dass er dem Sterbewilligen Thomas Youk ein tödliches Präparat in den Arm injizierte (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 14). Der Mann war an amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankt, die das Absterben der motorischen Nervenzellen, welche die Steuerung der willkürlichen Muskelbewegungen zur Aufgabe haben, verursachte (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 4). Youk war zu dem Zeitpunkt aus eigener Hand nicht mehr in der Lage Kevorkians Suizidmaschine zu betätigen, da er kaum mehr Kontrolle über seinen Körper hatte. Infolgedessen entschied sich Kevorkian dazu erstmals die aktive Rolle des Vorhabens selbst zu übernehmen (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 11), was dazu führte, dass er am 13. April 1999 zu zehn bis 25 Jahren Freiheitsstrafe verurteilt wurde (vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 153, 231, 269).

Für Dr. Kevorkian beinhaltete die Praktik vieler Ärzt\*innen, um jeden Preis das Leben ihrer Patient\*innen zu erhalten, und damit sowohl die Verletzung deren Autonomie als auch das unnötige Verlängern und Vergrößern von deren Schmerzen und Leiden. Er war der Meinung, dass die geltenden Gesetze diesen Sachverhalt zudem noch verstärkten, da sie den Ärzt\*innen die Möglichkeit verwehrten, Menschen dabei zu helfen, ihre hoffnungslosen Qualen zu beenden. Während sich Kevorkian somit für die Zulässigkeit von Suizidbeihilfe einsetzte, sollte diese in seinen Augen trotzdem nicht von allen Ärzt\*innen durchgeführt werden dürfen. Für ihn müsste es dafür eine eigens darauf spezialisierte Fachdisziplin geben. (Vgl. Nicol und Wylie 2006, S. 146)

### 3.6 Dr. Timothy E. Quill

Im Jahr 1991 erschien im *The New England Journal of Medicine* ein Artikel von Dr. Timothy E. Quill. Darin beschreibt der Arzt, wie er einer langjährigen Patientin – Diane – Suizidbeihilfe leistete. Quill kannte ihre Lebens- und Krankengeschichte und er begleitete sie durch Abhängigkeit, psychische Probleme sowie gesundheitliche Schwierigkeiten. Als Dr. Quill nach mehreren Untersuchungen die Diagnose stellte, dass Diane an akuter myelomonozytärer Leukämie erkrankt war und sie über Behandlungen, Erfolgchancen etc. aufklärte, entschied sich diese gegen jegliche Behandlungseinleitung. Auf Drängen Quills hin, Diane solle die Situation besser noch einmal mit ihrer Familie besprechen, kehrte sie zwei Tage später mit dieser und der klaren Entscheidung zurück, keine Chemotherapie erhalten zu wollen und ihre bleibende Zeit lieber außerhalb eines Krankenhauses zu verbringen. Diane besprach ihre Situation ebenso mit ihrem langjährigen Psychiater und Dr. Quill erkannte allmählich, dass Dianes Entscheidung die richtige für sie war. Allerdings äußerte Diane Dr. Quill gegenüber den Wunsch, sobald sie nicht mehr in der Lage sei, würdig und selbstbestimmt zu leben, sterben zu wollen. „When the time came, she wanted to take her life in the least painful way possible.“ (Quill 1991, S. 693) Aus den folgenden Gesprächen mit seiner Patientin ging hervor, dass Dianes Angst vor einem schleichenden Tod die Qualität ihrer verbleibenden Zeit gravierend beeinträchtigen würde. „[...] it was also evident that the security of having enough barbiturates available to commit suicide when and if the time came would leave her secure enough to live fully and concentrate on the present.“ (Quill 1991, S. 693)

Infolgedessen erklärte der Arzt seiner Patientin, wie und in welcher Dosierung das Barbiturat einzunehmen wäre, um lebensbeendend zu wirken. Weiter wurden regelmäßige Treffen vereinbart sowie die Abmachung getroffen, dass sich Diane melden müsse, bevor sie Suizid begehen würde. Dann stellte ihr Quill das Rezept aus. „Yet I also felt strongly that I was setting her free to get the most out of the time she had left, and to maintain dignity and control on her own terms until her death.“ (Quill 1991, S. 693) Nach drei Monaten verschlechterte sich Dianes Zustand zunehmend und es wurde evident, dass sich ihr Leben dem Ende näherte.

Sie hatte große Schmerzen, war schwach, müde und fieberte vor sich hin – es war absehbar, dass ihr Leiden nur noch größer werden würde. Diane informierte Dr. Quill wie besprochen über ihre Entscheidung zu gehen und sie verabschiedeten sich noch persönlich voneinander. Zwei Tage danach wurde der Arzt durch Dianes Familie über ihr Ableben in Kenntnis gesetzt. Zum Schutz ihrer Familie sowie um ihren Leichnam davor zu bewahren, ein Fall für die Gerichtsmedizin zu werden, meldete Quill offiziell, dass eine Hospizpatientin verstorben sei; Todesursache: akute Leukämie. Quill erklärt in seinem Artikel aber, dass er nicht nur sich selbst, die Familie und Diane durch die Falschaussage schützen wollte, sondern auch die Gesellschaft davon zu erfahren, wie groß das Leiden sei, das Menschen im Sterbeprozess oftmals ertragen müssen. „Suffering can be lessened to some extent, but in no way eliminated or made benign, by the careful intervention of a competent, caring physician, given current social constraints.“ (Quill 1991, S. 694)

Durch die Erlebnisse mit seiner Patientin habe Quill gelernt, wie weit seine Hilfe tatsächlich gehen könnte, wenn er den Menschen wirklich gut kennt und wenn dieser die Möglichkeit hat, klar sagen zu dürfen, was er möchte. (Vgl. Quill 1991, S. 691–694) „Although I did not assist in her suicide directly, I helped indirectly to make it possible, successful, and relatively painless.“ (Quill 1991, S. 694)

## 4 Ethischer Diskurs

Fragen am Lebensende, und damit auch jene, die die ärztliche Suizidbeihilfe betreffen, bleiben, so Jürgen Wallner in *Rechtsethik in der Medizin*, „[...] notorisch umstritten, obwohl sich viele Akteure redlich um einen öffentlichen Vernunftgebrauch bemühen.“ (Wallner 2018, S. 33). Dies liegt unter anderem daran, dass es sich im Zusammenhang mit Lebensende-Fragen häufig um äußerst komplexe und widersprüchliche Sachverhalte handelt, Begriffe oftmals sehr vage und damit nur schwer anzuwenden sind, und daran, dass Menschen Sachverhalte zumeist sehr unterschiedlich einschätzen (vgl. Wallner 2018, S. 33). Dieser fehlende Konsens spiegelt sich auch in der ethischen Diskussion um die Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids sowie die damit verbundenen Voraussetzungen wider.

### 4.1 Pro und Contra einer ethischen Zulässigkeit

#### 4.1.1 Suizid

Bei der Debatte um eine ethische Zulässigkeit von Suizidbeihilfe – und im Weiteren des ärztlich assistierten Suizids – stellt sich zunächst die Frage, wie der Suizid an sich ethisch zu bewerten ist (vgl. Hick u. a. 2007, S. 107). Die Frage nach einer ethischen Zulässigkeit von (ärztlicher) Suizidbeihilfe erscheint nur dann sinnvoll, wenn der Suizid selbst aus ethischer Sicht für legitim befunden wird.

Der Philosoph David Hume versteht in seinem Essay *Über den Freitod* den Selbstmord als eine dem Menschen angeborene Freiheit, die „[...] frei ist von jeglicher Schuldzuweisung oder jeglichem Tadel [...]“ (Hume 2018, S. 10). Dem Einwand, Suizidhandlungen seien aus ethischer Sicht unzulässig, weil die sterbewillige Person damit ihren Nächsten – der Gesellschaft im Allgemeinen – Schaden zufügen würde, entgegnet Hume mit einem deutlichen ‚Nein‘: Die Person füge mit ihrer Selbsttötung niemandem einen Schaden zu. Wenn überhaupt, dann höre diese lediglich damit auf, anderen Gutes zu tun, was jedoch kein Verbrechen darstellen würde, denn die bestehende Verpflichtung der Gesellschaft Gutes zu tun sei als reziproke Pflicht zu verstehen. Sobald sich eine Person durch die Beendigung ihres eigenen Lebens aus der Gesellschaft herausnimmt, ist sie dieser zu keiner guten Tat

mehr verpflichtet, wie auch die Mitglieder der Gesellschaft gleichsam der Person gegenüber keine Verpflichtung mehr haben, Gutes zu tun.

Ist eine Selbsttötung dann möglicherweise als ein Verbrechen gegenüber sich selbst zu bewerten? Auch dies verneint Hume, er geht vielmehr von einer bestehenden Pflicht der eigenen Person gegenüber aus. Nach Hume ist es nämlich zweifellos so, dass Alter, Krankheit, Leid, Unglück u. s. w. das eigene Leben zu einer Bürde werden lassen können, die schwerer wiegt, als der eigene Tod. „Ich glaube, dass niemand je sein Leben weggeworfen hat, solange es noch erhaltenswert war.“ (Hume 2018, S. 24); Die menschliche Angst vor dem Tod wäre viel zu groß. (Vgl. Hume 2018, S. 10, 22–25)

Ähnlich sieht dies Nikolaus Knoepffler in *Menschenwürde in der Bioethik*. Er spricht zwar nicht, wie Hume, von einer Pflicht sich selbst gegenüber, meint aber, dass vor dem Hintergrund des Leidens ein Suizidwunsch „[...] als menschlicher Wunsch ein reflektierter Wunsch [ist] [...] und [...] auf diese Weise Selbstliebe ausdrücken [kann].“ (Knoepffler 2004, S. 150)

Für Hick u. a. gilt es jedoch zu beachten, dass eine derartig rationale, nach Nutzen und Schaden abgewogene Selbsttötungshandlung – auch ‚philosophischer Suizid‘ bzw. ‚Bilanzselbstmord‘ genannt – zwar bereits in der Antike und seit der Aufklärung ethisch für zulässig bewertet wird, jedoch eher den Ausnahmefall darstellt. Vielmehr würden Selbstmorde aufgrund von Lebensumständen versucht bzw. durchgeführt, die im Zusammenhang mit dem Gefühl von sozialer Isolierung und Hilflosigkeit sowie – und allen voran – psychischen Erkrankungen weitestgehend therapierbar wären. Wenn es sich aber um einen Bilanzselbstmord per definitionem handelt und dieser aus ethischer Sicht als Ausdruck menschlicher Freiheit legitim ist, so wäre auch die Beihilfe dazu als legitim zu bewerten. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 106 f.)

#### 4.1.2 Beihilfe zum Suizid

In Bettina Schöne-Seiferts Buch *Beim Sterben helfen - dürfen wir das?* finden ausschließlich ebensolche wohlüberlegten, selbstbestimmten sowie zeitlich konstanten Sterbewünsche Eingang in die ethische Diskussion um eine mögliche Legitimität von Sterbe- und Suizidbeihilfe, zumal deren Äußerungen primär vor dem Hintergrund von schwerem, unerträglichem Leid sowie unheilbaren bzw. terminalen Erkrankungen – wie etwa fortgeschrittenen Krebserkrankungen, neurodegenerativen Erkrankungen oder Erkrankungen, die sich durch massive Beeinträchtigung des Bewegungsapparates auszeichnen – getroffen würden. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 35 f.) Dies scheint zu bedeuten, dass jene Sterbewünsche, die von Vereinsamung, Drogenkonsum, Lebensüberdruß etc. herrühren, bei einer Erwägung zur ethischen Zulässigkeit von vornherein gar nicht erst in Betracht gezogen werden. Dazu meinen auch Hick u. a. in *Klinische Ethik*:

Die Beihilfe zu einer Selbsttötung, deren eigentliche Ursachen in psychischen Erkrankungen oder in sozialer Isolierung und nicht in der freien Entscheidung des Betroffenen zu suchen sind, wäre ethisch nicht zu rechtfertigen: Statt Hilfe zur Selbsttötung müsste hier Hilfe zur Überwindung der sozialen oder psychischen Probleme geleistet werden.

(Hick u. a. 2007, S. 107)

Hume würde hier wohl nicht zustimmen, denn er geht vielmehr davon aus, dass – selbst wenn sich ein Mensch ohne augenscheinlichen Grund wie etwa einem schlechten gesundheitlichen Zustand das Leben nimmt – dieser „[...] mit einer derart unheilbaren Verderbtheit oder Düsterei des Temperaments gestraft war, dass dieselbe alle Freuden vergiftete und ihn ebenso elend machte, als wäre er mit dem schwersten Missgeschick beladen gewesen.“ (Hume 2018, S. 25) Ob er damit ebenso die Beihilfe zu einem derart motivierten Suizid als ethisch zulässig beurteilen würde, bleibt an dieser Stelle offen.

### 4.1.3 Ärztlich assistierter Suizid

Besonders diffizil stellt sich die ethische Beurteilung des *ärztlich* assistierten Suizids dar, handelt es sich bei den Helfer\*innen doch um Angehörige eines Berufsstandes, der sich der Bewahrung von Leben verschrieben hat. Im Folgenden werden nun einige Aspekte und Argumente, die für und/oder gegen eine ärztliche Suizidassistenz sprechen, diskutiert.

#### Ärztliches Berufsethos

Für viele liegt es auf der Hand, dass die Beihilfe zur Selbsttötung nicht mit dem ärztlichen Berufsethos zu vereinen ist. Ärzt\*innen sind der Heilung und Rettung von Patient\*innen sowie der Linderung von Leid und Schmerz verpflichtet. Eine Beihilfe zum Suizid kann demnach nicht deren Aufgabe sein, verletzt zudem die ärztliche Berufsintegrität und verstößt eben klar gegen das ärztliche Berufsethos. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 64) Auch für viele Ärzt\*innen selbst steht die Heranziehung ihrer medizinischen Kenntnisse, um bei einer Selbsttötung zu unterstützen, eindeutig im Widerspruch zum geteilten ärztlichen Selbstverständnis (vgl. Hick u. a. 2007, S. 109). Vor dem Hintergrund dieser Unvereinbarkeit spricht sich weltweit der Großteil der bestehenden Ärzt\*innen-Organisationen gegen eine ärztliche Assistenz zum Suizid aus (vgl. Sahm 2020, S. 444). Diese Position erscheint jedoch dogmatisch und lässt wenig Raum für Individualität. Zudem stellt sich die Frage: „Warum sollten Ärzte, die ihren am Weiterleben verzweifelnden Patienten bei einem freiverantwortlichen Suizid helfen wollen, damit die Kernziele der Medizin oder ihre wohlverstandenen beruflichen Pflichten verraten?“ (Schöne-Seifert 2020, S. 66) Es gibt auch einige Ärzt\*innen, die „Fragen der Suizidhilfe in einer vermeintlich hilfreichen standesethischen Grauzone [...] belassen, in der tragische Einzelfälle Unterstützung finden könnten, ohne gegen das ärztliche Ethos zu stoßen.“ (Schöne-Seifert 2020, S. 66)

Zweifellos steht es im Interesse aller Bürger\*innen als potentielle Patient\*innen, dass sich Ärzt\*innen vor dem Hintergrund des ärztlichen Ethos auf ihre Patient\*innen-Dienlichkeit hin verpflichten. Ferner verfügt das ärztliche Ethos über zentrale Elemente, an denen schlicht und einfach nicht zu rütteln ist und die

Ärzt\*innen auf die Heilung, Linderung von Beschwerden, Verhinderung von Krankheiten und ebenso ungewollten Sterbens ihrer Patient\*innen verhaften. Damit stellt das ärztliche Berufsethos selbstverständlich eine wichtige Einrichtung dar. Patient\*innen, deren gesundheitliche Situation jedoch unerträgliches Leid, Unheilbarkeit und ein qualvolles Sterben bedeutet, die Möglichkeit der Unterstützung hinter der Begründung der Unvereinbarkeit mit dem ärztlichen Ethos zu verwehren, kommt einem solchen nicht unbedingt nach. Ärzt\*innen sind auch sonst mit der Unterstützung bei Entscheidungen in Bezug auf Krankheit, Leid und gesundheitliche Probleme im Allgemeinen betraut, daher sollten diese auch im Sinne einer ‚offeneren Auslegung‘ des ärztlichen Berufsethos die Mitverantwortung ihrer Patient\*innen im Falle des Suizidwunsches tragen dürfen, solange sie dies selbst ethisch vertreten und „deren Beweggründe im Kontext von Krankheiten entstehen“ (Schöne-Seifert 2020, S. 70 f.). (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 64–68)

Dies steht gleichzeitig wiederum dem Einwand entgegen, dass innerhalb der ärztlichen Suizidbeihilfe die sterbewillige Person ohnehin den letzten Tod herbeiführenden Schritt selbst durchführt und damit die Tatherrschaft dem bzw. der Patient\*in obliegt (vgl. Hick u. a. 2007, S. 109). „So entsteht durch die Bereitschaft des Arztes, an der Selbsttötung mitzuwirken, eine Handlungsgemeinschaft zwischen Arzt und Patient, die auch den Arzt in ethischem Sinne verantwortlich für das Handeln des Patienten macht [...].“ (Hick u. a. 2007, S. 109) Der Arzt bzw. die Ärztin könnte nämlich den Versuch unternehmen, die sterbewillige Person durch seine bzw. ihre Handlungen vom Selbsttötungsvorhaben abzuhalten. Eine ärztliche Unterstützung könnte Patient\*innen vielmehr in ihrem Vorhaben, sich selbst zu töten, noch bestärken (vgl. Hick u. a. 2007, S. 109).

An dieser Stelle zeigt sich bereits, dass es in Bezug auf das ärztliche Berufsethos zwei Dimensionen zu berücksichtigen gilt: „Auf der Mikroebene geht es um eine konkrete Person, die den ärztlichen Beruf ausübt.“ (Knoepffler 2004, S. 154) Während es auf dieser Ebene um die Wahrung der persönlichen Gewissensfreiheit der Person im einzelnen geht, dreht es sich auf der „Mesoebene“ (Knoepffler 2004, S. 154) nicht um den einzelnen Arzt bzw. die einzelne Ärztin. Vielmehr geht es um die Rolle, die diese ausüben. (Vgl. Knoepffler 2004, S. 154) Dies spiegelt auch die in

Kapitel 2.3.5 dargelegte Sicht der der American Medical Association verlautbarten Stellungnahme 1.1.7 wider. Dort wird darauf hingewiesen, dass Ärzt\*innen neben ihrer Profession auch noch die Rolle moralischer Akteur\*innen besetzen und ihre berufliche Integrität – unter Berücksichtigung ihrer individuellen Hintergründe und Werte und gerade durch die Ermöglichung auch während der Berufsausübung Gewissensentscheidungen zu treffen – gewahrt wird. (Vgl. American Medical Association 2016, S. 2) Weiter muss die Frage gestellt werden, welche Gewichtung dem ärztlichen Berufsethos überhaupt innerhalb der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid zukommt (vgl. Düwell 2008, S. 183):

Das ärztliche Ethos sollte sich ja von einer allgemeinen Ethik her rechtfertigen müssen und nicht umgekehrt. Das bedeutet, dass es zunächst einmal um die moralischen Ansprüche von Sterbenden und korrespondierenden moralischen Verpflichtungen ihnen gegenüber gehen muss. Die Frage, ob ein Sterbender Hilfe im Sterbeprozess moralisch erwarten kann, muss sich also zunächst von der allgemeinen Ethik her beantworten lassen und nicht vom Berufsethos der Ärzte. Wenn also das einzige Argument gegen die Sterbehilfe wäre, dass sie ›unärztlich‹ sei, dann wäre dieses Argument immer unzureichend, egal wie man das ärztliche Ethos sonst noch näher bestimmt. Allerdings muss natürlich jemand die Sterbehilfe leisten, wenn man sie denn als zulässig ansieht.

(Düwell 2008, S. 183)

### **Ärzt\*innen-Patient\*innen-Vertrauensverhältnis**

Aber auch der Einwand, dass die Ausübung ärztlicher Suizidbeihilfe das Vertrauensverhältnis zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen gefährdet, speist sich in die Debatte um den ärztlich assistierten Suizid ein. Es besteht eben ein grundsätzlicher Konsens darüber, dass die Kernaufgabe von Ärzt\*innen darin besteht, Leben zu erhalten. Die Verfügbarmachung der Suizidbeihilfe alleine könnte von daher schon das Vertrauen von Patient\*innen in den Berufsstand der Ärzt\*innen beeinträchtigen. (Vgl. Knoepffler 2004, S. 154) Vor allem vulnerable Patient\*innen werden durch das Angebot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid einem Risiko ausgesetzt, denn vor einem Suizid durchlaufen die Sterbewilligen eine Phase des Zwiespalts

und der Anspannung. Das simple Angebot der ärztlichen Suizidassistenz könnte somit ihre Entscheidung zu Gunsten der Selbsttötung beeinflussen. (Vgl. Sahn 2020, S. 446) Es gilt jedoch zu bedenken, dass die Möglichkeit in aussichtslosen Situationen mit Ärzt\*innen über Suizidgedanken, -wünsche und auch -hilfe zu sprechen dazu führen kann, dass bestimmte Patient\*innen gerade mehr Vertrauen zu diesen haben (vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 66) und „[...] eine besonders tragfähige Beziehung aufbauen können.“ (Hick u. a. 2007, S. 91) Dazu gibt es allerdings derzeit keine empirischen Daten (vgl. Sahn 2020, S. 446).

Dennoch darf dafür argumentiert werden, dass die Qualität der medizinischen Versorgung durch die Etablierung einer fürsorglichen, kontinuierlichen und engagierten Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung maßgeblich verbessert werden kann. Dies ist jedoch nicht nur durch die Befolgung von formalen Richtlinien etc. zu erreichen, vielmehr benötigt es auch die Einbeziehung der Individualität der Patient\*innen und Ärzt\*innen als Personen sowie ihrer gemeinsamen Geschichte, die sich wiederum aus individuellen Erfahrungen zusammensetzt. Insbesondere in von Krankheit und Leid geprägten Lebenssituationen kann eine bestmögliche Versorgung vor allem im Rahmen einer Ärzt\*in-Patient\*in-Beziehung, die sich durch Fürsorge, Respekt vor Entscheidungen und der Gewährleistung von größtmöglicher Eigenkontrolle des bzw. der Patient\*in auszeichnet – und damit das Vertrauen in den Arzt bzw. die Ärztin fördert –, stattfinden. Dabei ist es wichtig, dass der Arzt bzw. die Ärztin gegenüber der individuellen Situation, in der sich der bzw. die Patient\*in befindet, aufgeschlossen ist, ohne dabei eigene Werte und Überzeugungen zu verletzen. Es geht darum, eine gemeinsame Basis zu finden und den bzw. die Patient\*in nicht alleine zu lassen. Der Faktor des Nichtalleinlassens spielt damit eine fundamentale Rolle in der Entwicklung bzw. Konstitution einer vertrauensvollen Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung. (Vgl. Quill und Cassel 1995, S. 369–373) „Patients seek physicians who will make a commitment to both care about and know them as persons and to be guides and partners in sickness and health until their deaths.“ (Quill und Cassel 1995, S. 373)

Aufgrund der angesprochenen Individualität von Situationen, Ärzt\*innen und Patient\*innen lässt sich jedoch trotz all der Argumente kein allgemeingültiges Ide-

al einer vertrauensvollen Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung definieren. Darüber hinaus sei darauf verwiesen, dass es die freie Entscheidung jedes einzelnen Patienten bzw. jeder einzelnen Patient\*in bleibt, einen Arzt bzw. eine Ärzt\*in aufzusuchen, der bzw. die eine Beihilfe zum Suizid ausdrücklich anbietet oder eben nicht. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 91)

### **Autonomie und Respekt vor der Selbstbestimmung**

Sowohl innerhalb der (bio- und medizin-)ethischen Debatte zur Bewertung des ärztlich assistierten Suizids als auch in Bezug auf die Beschaffenheit der zuvor diskutierten Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung spielt die (Patient\*innen-)Autonomie, speziell das Respektieren derselben, eine große Rolle. Ist es doch so, dass die selbstständige und freie Entscheidung über die eigenen, persönlichen Lebensinhalte und -pläne eine besonders schützenswerte Rolle – einen ethischen Grundwert – in unserem Kulturkreis einnimmt. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 29)

Autonomie stellt die Freiheit der persönlichen Lebensgestaltung – das Recht, das eigene Leben selbstbestimmt zu führen – dar. Auch das Recht, den eigenen Tod selbstbestimmt zu gestalten, gehört für viele dazu (vgl. Sahn 2020, S. 444). In *Principles of Biomedical Ethics* nennen Beauchamp und Childress den Respekt vor der Selbstbestimmung als eines der vier in der Medizinethik relevanten Prinzipien. Respekt vor der Autonomie einer Person bedeutet hier, dieser als autonomen bzw. autonomer Akteur\*in einzuräumen, seine bzw. ihre persönlichen Ansichten zu vertreten, Entscheidungen zu treffen und gemäß den eigenen Werten und Überzeugungen zu handeln. (Vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 101, 106) „Aber sind die Zulassung von ›assistiertem Suizid‹ oder ›aktiver Sterbehilfe‹ ebenfalls als Ausdruck des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten zu verstehen?“ (Düwell 2008, S. 188)

Die ärztliche Suizidbeihilfe stellt jedenfalls für viele eine Möglichkeit dar, um Leiden zu vermeiden und ihre Autonomie innerhalb des Sterbeprozesses auszuüben (vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 321). Und auch das Konzept der Sterbehilfe beruht insgesamt auf der Idee, dass Patient\*innen das Recht haben, ihren eigenen Sterbeprozess zu kontrollieren (vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 325). Dennoch

versteht sich dieses Recht nicht als uneingeschränktes, nämlich insofern, als dass bei dessen Ausübung niemand anderer zu Schaden kommen darf bzw. die Rechte anderer nicht verletzt werden dürfen (vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 29).

Weiter kann eine Beschränkung in dem Widerspruch gesehen werden, dass vielerorts Patient\*innen einerseits dazu berechtigt sind, lebensnotwendige Behandlungen abzulehnen bzw. abubrechen und damit den eigenen Tod hervorzurufen, andererseits jedoch nicht das Recht haben, sich zusammen mit Ärzt\*innen einvernehmlich für eine ärztliche Suizidbeihilfe zu entscheiden. Beihilfe, die auf dem freien Wunsch einer Person basiert, sollte nicht als Schädigung oder Unrecht gedeutet werden. Vielmehr ist Suizidbeihilfe, die auf der persönlichen, freien und autonomen Entscheidung für den eigenen Tod beruht, wie auch dafür, dass die Beendigung des eigenen Lebens als Befreiungsschlag von Schmerz und Leid mehr Nutzen für einen selbst bedeutet als es die eigenen Interessen beeinträchtigt, als Ausdruck des Respekts vor der Selbstbestimmung der sterbewilligen Person zu bewerten. Vor diesem Hintergrund ist es auch ein der Autonomie von Sterbewilligen gegenüber respektloses Vorgehen, den Zugang zu assistenzwilligen, qualifizierten Personen zu verweigern. (Vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 181 f.)

Given the existing right to refuse treatment, some claim that prohibitions on assisted suicide and euthanasia draw arbitrary lines, allowing certain types of patients to control the time and manner of their death and leaving others to wait until their illness takes its toll.

(Polaris und Lehmann 2016, S. 325)

Aber inwieweit kann davon ausgegangen werden, dass derartige Entscheidungen tatsächlich auf die freie Selbstbestimmung des Patienten bzw. der Patientin zurückgehen? Könnte es doch sein, dass diese\*r an einer – (noch) nicht diagnostizierten – psychiatrischen Erkrankung leidet, die mitunter behandelt werden könnte. Auch die Frage, ob die Ursache für den Sterbewunsch nicht in einer sozialen Isolierung der sterbewilligen Person zu finden ist, kann an einem Handeln auf Grundlage der Selbstbestimmung zweifeln lassen. (Vgl. Hick u. a. 2007, S. 108) „Jedenfalls kann die Selbstbestimmtheit des Patienten nur so weit ein Legitimationsgrund sein, wie

der Patient selbstbestimmt entschieden hat [...]“ (Düwell 2008, S. 184)

Aus alledem lässt sich bereits die mit dem Thema Selbstbestimmung einhergehende Vielschichtigkeit sowie Widersprüchlichkeit ablesen und erkennen, wie verschieden bestimmte Sachverhalte eingeschätzt werden; z. B. inwieweit die Selbstbestimmung von Patient\*innen wie auch der Respekt davor reicht oder ab wann etwa eine Schädigung für andere oder die eigene Person vorliegt. Ebenso zeigt sich, wie schwierig sich die Definition des zu verwendenden Autonomiebegriffs an sich in diesem Zusammenhang darstellt.

Peter Schaber untersucht in seinem Text *Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid* den Autonomiebegriff und versucht die Frage zu beantworten, welches Begriffsverständnis nun in der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid adäquat erscheint. Er kommt dabei zum Schluss, dass nicht der Bezug auf einen bestimmten Autonomiebegriff normative Kraft darüber besitzt, was als achtungswürdig zu betrachten ist, vielmehr wäre die Idee der Achtungswürdigkeit Indikator dafür, eine Entscheidung als autonom zu verstehen. Was sind aber nun achtungswürdige Entscheidungen? Für Schaber sind jene Entscheidungen achtungswürdig, „[...] bei denen man selbstbestimmt ein Recht über sich ausübt.“ (Schaber 2016, S. 99) Es handelt sich also um Entscheidungen, die ein Festhalten an oder einen Verzicht auf ein persönliches (moralisches) Recht darstellen. Dazu gehören beispielsweise Rechte über den eigenen Körper; die Erlaubnis intimer Berührungen etwa entbindet andere von deren Pflicht, meinen Körper nicht auf intime Weise zu berühren und drückt eine Ausübung meiner Rechte aus. (Vgl. Schaber 2016, S. 99 ff.) Allerdings gibt Schaber zu bedenken, dass „[a]chtungswürdige Entscheidungen [fest]legen [...], was getan werden darf. Sie legen aber nicht fest, [...] was getan werden soll.“ (Schaber 2016, S. 99)

Rolf Ahlzen sieht in „Suffering, authenticity, and physician assisted suicide“ in Bezug auf die ethische Bewertung des ärztlich assistierten Suizids eine Fokuslegung auf die Autonomie des sterbewilligen Menschen sowie ihrer Bedeutung und Grenzen überhaupt zu kurz gegriffen. Vielmehr sollte das Verhältnis von Autonomie und Authentizität in den Diskurs über die ärztliche Suizidbeihilfe aufgenommen

werden. Nach Ahlzen ist ‚Authentizität‘ nämlich weiter gefasst als ‚Autonomie‘; als die bloße Kompetenz der Entscheidungsfällung. Eine Entscheidung könne zwar autonom getroffen werden, müsse deshalb aber noch nicht authentisch sein.

Die ethische Zulässigkeit von ärztlicher Suizidbeihilfe hänge jedenfalls davon ab, dass der Wunsch nach Suizidassistenz den authentischen Willen der sterbewilligen Person ausdrückt. Unter ‚authentischem Willen‘ versteht Ahlzen einen direkt mit den eigenen Werten, Orientierungen, Emotionen, Motivationen und Dispositionen verbundenen Willen. Schwere Gemütsstörungen sowie ein Rückgang kognitiver Fähigkeiten können eine Bedrohung für die Authentizität einer Person darstellen. Demnach sei Unversehrtheit die Voraussetzung, um eigene Werte und Neigungen erkennen, bewerten wie auch danach handeln und sich selbst treu sein zu können.

Ahlzen setzt Authentizität auch mit einem Sich-zuhause-fühlen in einem Lebensrhythmus gleich, in dem man auf seine ganz individuelle Weise – nämlich den eigenen Werten, Wünschen, Überzeugungen etc. entsprechend – mit der Welt in Kontakt tritt. „Lost intactness means lost core functions, lost abilities to attain central goals in life, loss of that ‚rhythm‘ in everyday life that characterizes the authentic life.“ (Ahlzen 2020, S. 356) Ohne eine sinnvolle Orientierung und Uneingeschränktheit der eigenen Grundwerte könne das Leben nicht mehr authentisch gelebt werden, was wiederum zu Leid führen kann. Zustände wie etwa schwere Demenz, Krebs im Spätstadium, degenerative Erkrankungen des motorischen Nervensystems, schwere Formen von Multipler Sklerose etc. können daher zum Verlust der Fähigkeit, ein Leben in Authentizität zu führen, mit sich bringen. Eine fehlende Authentizität kann zudem – wenn auch nicht zwingend – dazu führen, dass das eigene Leben oft als weniger lebenswert empfunden wird. „[. . .] in the longer run, inauthenticity probably tends to erode also life quality. When the future is seriously threatened, the self is under attack.“ (Ahlzen 2020, S. 358) Im Falle von lebensbedrohlichen Erkrankungen geht damit oftmals auch psychisches Leid – wie etwa depressive Symptome – einher.

Erschwerend kommt hinzu, dass im Zusammenhang mit terminalen Erkrankungen selten die Zeit für eine persönliche Neuorientierung, welche als Weg aus dem Au-

thentizitätsverlust fungieren könnte, vorhanden ist. Viel eher entsteht ein Wunsch zu Sterben, bevor die Zerstörung des eigenen Selbst abgeschlossen ist. Sollte ein solcher Wunsch nun respektiert werden?

Ahlzen schlussfolgert, dass der Begriff der Authentizität zwar bei der Bewertung eines Sterbewunsches vielversprechend erscheinen mag, jedoch sei es schwer zu beurteilen, ob ein Leben authentisch ist oder nicht. Er sieht von daher einen dringenden Bedarf für die Entwicklung eines umfassenden Verständnisses zu den nötigen Möglichkeitsbedingungen eines authentischen Lebens in schwerer Krankheit. Laut Ahlzen sollte zudem jede Gesetzgebung zur ärztlichen Suizidassistenz jedenfalls das Kriterium der Kompetenz beinhalten und ein Autonomieverlust aufgrund schwerer kognitiver Störungen müsse gleichwohl ein Hindernis für einen ärztlich assistierten Suizid darstellen. (Vgl. Ahlzen 2020, S. 356 ff.)

### **Menschenwürde**

Der Begriff der Menschenwürde steht in einem engen Zusammenhang mit dem der Autonomie bzw. Selbstbestimmung, da Würde in der Möglichkeit zur Selbstbestimmung begründet liegt (vgl. Regenbogen und Meyer 2013, S. 742). „Würde kennzeichnet allgemein die dem Menschen in seinem Menschsein zukommende Ehrbarkeit (innere Ehre).“ (Regenbogen und Meyer 2013, S. 742) Bereits zur Zeit der Antike verfügte der Begriff über eine kennzeichnende Eigenschaft in Bezug auf einen „besonderen Status des Individuums“. Zu dieser Zeit wurde ‚Würde‘ insbesondere zum Ausdruck eines Ehrenstatus von Adelligen oder eines vornehmen Personenstandes herangezogen. Seine moralische Bedeutung erlangte der Begriff später im 18. Jahrhundert durch seine Assoziation mit den Menschenrechten. (Vgl. Düwell 2008, S. 75) Artikel 1 der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* der Vereinten Nationen besagt, dass auf Grundlage der angeborenen Würde und des Wertes der menschlichen Person, an welche kollektiv als Völker der Vereinten Nationen geglaubt wird, „[a]lle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten geboren [sind].“

Das moderne Verständnis von Menschenwürde lässt sich fernerhin auf Immanuel Kant zurückführen (vgl. Düwell 2008, S. 75). Er wird auch oft mit Artikel 1 und

2 des deutschen Grundgesetzes in Verbindung gebracht (vgl. Borasio u. a. 2017, S. 78, 83). Erster drückt die Unantastbarkeit der menschlichen Würde aus (vgl. Knoepffler 2004, S. 8) und letzter hat in sich das Selbstbestimmungsrecht verankert (vgl. Borasio u. a. 2017, S. 83). Nach Kant in *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* speist sich die menschliche Würde – Kant nennt diese auch „inneren Wert“ (GMS 1786, S. 435, 4) – aus der Fähigkeit des Menschen zum vernünftigen und moralischen Handeln.

Kant zufolge gilt der Mensch als „Zweck an sich“, was bedeutet, dass ein Mensch nicht bloß als Instrument für etwas benutzt werden darf (vgl. GMS 1786, S. 429, 10–25). Dies geht aus der sogenannten Selbstzweckformel des Kategorischen Imperativ hervor, die da lautet: „*Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.*“ (GMS 1786, S. 429, 10–12)

Im Reiche der Zwecke hat alles entweder einen *Preis* oder eine *Würde*. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als *Äquivalent*, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.

(GMS 1786, S. 434, 32–34)

Der Mensch als Vernunftwesen gilt für Kant nicht als Sache und hat damit keinen Preis; als Person hat er eine Würde. Der Unterschied liegt darin, dass Sachen auf der relativen Ebene zu verorten sind. Sachen sind Mittel, um einen bestimmten Zweck zu erfüllen, wie z. B. ein Stift, der verwendet wird *um zu* schreiben. Damit sind Sachen ersetzbar; funktioniert der Stift nicht mehr, so nimmt man einen anderen, *um zu* schreiben. Personen hingegen sind auf der absoluten Ebene zu verorten. Personen lassen sich nicht ersetzen (außer in ihrer Funktion als Lehrer, Schüler etc.). Personen sind bereits der Zweck selbst, nicht ein Mittel *zu* einem Zweck. (Vgl. GMS 1786, S. 428, 8–34)

Die Vernunft bezieht also jede Maxime des Willens als allgemein gesetzgebend auf jeden anderen Willen und auch auf jede Handlung gegen

sich selbst, und dies zwar nicht um irgendeines anderen praktischen Bewegungsgrundes oder künftigen Vorteils willen, sondern aus der Idee der *Würde* eines vernünftigen Wesens, das keinem Gesetze gehorcht als dem, das es zugleich selbst gibt.

(GMS 1786, S. 434, 25–31)

Der Selbstzweck des Menschen rührt damit aus seiner Vernunftfähigkeit – Aufgrund der Vernunft ist es ihm möglich die Relativität von Zwecken zu transzendieren und durch sie kann er seinen Willen dem Gesetz unterwerfen (Selbstgesetzgebung). (Vgl. GMS 1786, S. 429, 2–9) In seiner Fähigkeit zur Selbstgesetzgebung liegen die Autonomie und damit auch die Würde des Menschen verankert (vgl. GMS 1786, S. 436, 2–8).

Damit wird bereits klar, dass das Konzept der Menschenwürde auch innerhalb der Bio- und Medizinethik und ebenso in Bezug auf die ärztliche Suizidbeihilfe relevant ist, denn besonders in diesem Kontext geht es darum, mit menschlichen Ängsten vor dem Würdeverlust, die sich oftmals in Zuständen der Abhängigkeit und des Kontrollverlustes mehren, umzugehen (vgl. Borasio u. a. 2017, S. 87). Ein allumfassender Konsens bzgl. der begrifflichen Definition von ‚Menschenwürde‘ besteht allerdings nicht; vielmehr existieren unterschiedliche Verständnisse und Ansätze dazu. (Siehe dazu auch Düwell 2008, S. 79) „Diskussionen gibt es sowohl im Hinblick auf die Frage, wem Würde zukommt, als auch darüber, welche normativen Folgen es hat, Würde zu haben, und wie der Anspruch auf Respekt vor der Würde begründet werden kann.“ (Düwell 2008, S. 88) Und möglicherweise ist eine klare Definition auch nicht zielführend:

Denn nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht und wie weit sein Leben und seine körperliche Unversehrtheit zu schützen sind. [...] Die Menschenwürde [...] schützt den Menschen eben auch davor, zum Objekt der Menschenwürdedefinitionen anderer zu werden [...].

(Borasio u. a. 2017, S. 100 f.)

Insgesamt lässt sich jedoch sagen, dass der Würdebegriff einen unbedingten moralischen Anspruch seiner Träger\*innen ausdrückt, der gleichsam Respekt vor diesen fordert (vgl. Düwell 2008, S. 88). Die Formulierung der Vereinten Nationen deutet wenigstens auf eine unantastbare und unverlierbare Menschenwürde hin: „Menschenwürde‘ kommt einzelnen menschlichen Individuen auf Grund ihres Menschseins in dem Sinn zu, dass es eben gerade nicht eine zufällige (kontingente) Würde ist, die einem Menschen auch wieder *abgesprochen* werden kann.“ (Knoepffler 2004, S. 26) Weiter scheint es für die Würde charakteristisch zu sein, dass diese nicht mit anderen Gütern aufgewogen werden kann. Der einzig denkbare Konflikt ist, wenn die Würde des einen der Würde des anderen gegenübersteht. (Vgl. Düwell 2008, S. 78)

Besonders wichtig erscheint die Betrachtung des Verhältnisses „zwischen Würde und (moralischen und Menschen-)Rechten“ (Düwell 2008, S. 88). Knoepffler schreibt dem Prinzip der Menschenwürde insofern einen Ewigkeitsanspruch zu, als dass dieses kein eigenständiges subjektives Recht darstellt, sondern vielmehr als fundamentaler Rahmen für alle rechtlichen Ansprüche gilt. (Vgl. Knoepffler 2004, S. 26 ff.)

Rechte und Pflichten haben das Prinzip der Menschenwürde zum Fundament, auf dem sie basieren, mit dem sie aber gerade nicht identisch sind. Die Achtung und der Schutz der Menschenwürde bestehen nach dem Gesagten bedeutungsmäßig darin, dass die grundsätzliche Subjektstellung und die grundsätzliche Gleichheit jedes Menschen geachtet und geschützt werden.

(Knoepffler 2004, S. 28)

Gerade im Zusammenhang mit der Suizidbeihilfe ist jedoch zu bedenken, dass, wenn die Anerkennung der Menschenwürde die Anerkennung der Subjektstellung jedes Menschen im Einzelnen sowie die Betrachtung aller Menschen als gleich bedeutet, das Prinzip der Menschenwürde ebenso ein Recht auf Leben des einzelnen menschlichen Subjekts begründet. Eine Vernichtung menschlichen Lebens würde dann jedoch gleichzeitig die grundlegende menschliche Subjektstellung aufheben.

(Vgl. Knoepffler 2004, S. 28–31) Damit erwächst die Frage, ob mit der Anerkennung der Menschenwürde und dem damit konstituierten Recht auf Leben gleichzeitig auf eine Pflicht zu leben und Leben um jeden Preis zu schützen verwiesen werden möchte. Viele Gegner\*innen von Sterbehilfe gehen von einer Heiligkeit des Lebens (vor allem in religiösem Kontext) oder einem intrinsischen Wert des Lebens aus, die bzw. der bei jeglicher Form des Suizids oder Beschleunigung des Todes untergraben wird (vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 326). Im Angesicht des der Menschenwürde zugrundeliegenden Selbstbestimmungsrechts ist eine Verpflichtung zum Leben, die aus dem der Menschenwürde entspringenden Recht auf Leben folgen könnte sowie eine damit verbundene unbedingte Verpflichtung zum Schutz dieses Lebens, jedoch eher zu verneinen (vgl. Borasio u. a. 2017, S. 78).

Eine lange Zeit im theologischen Kontext gebräuchliche Redeweise – von der „absoluten Unverfügbarkeit“ des Menschenlebens – ist bei genauerem Hinsehen nicht nur theologisch problematisch sondern auch völlig unrealistisch. In der modernen Lebenswelt stirbt wohl jeder mit medizinischer Begleitung. Medizin verfügt also so oder so über Menschenleben und es kommt alles darauf an, daß wir so über Menschenleben verfügen, daß wir es auch verantworten können, – der Theologe fügt hinzu, es vor Gott verantworten zu können.

(Bonelli und Prat 2000, S. 58)

Es scheint also, dass in gewissen Situationen, wie etwa Lebenssendesituationen, ein alleiniger Rückgriff auf das Menschenrecht auf Leben zu keiner Entscheidung führt und es weiterer oder anderer Kriterien bedarf. Das objektive Recht auf Leben, welches durch das Prinzip der Menschenwürde konstituiert ist, begründet nicht automatisch zur selben Zeit subjektive Rechtsansprüche; diese können durchaus mit anderen Prinzipien abgewogen werden, während das objektive Recht aufreht bleibt. (Vgl. Knoepffler 2004, S. 28–31) „Menschenwürde nicht als spezifisches Recht neben anderen Rechten, sondern vielmehr als übergreifendes ›Konstitutionsprinzip‹ der Menschenrechte zu verstehen, bedeutet allerdings auch, dass wir gar nicht so einfach angeben können, wann genau eine Würdeverletzung stattfindet.“ (Düwell 2008, S. 78) In Anlehnung an Borasio könnte auch hier darauf verwiesen werden,

dass lediglich der einzelne Mensch befugt und befähigt ist, zu beurteilen, was seine Würde und was eine Verletzung derselben ausmacht sowie inwieweit diese zu schützen ist oder er darauf verzichten möchte. (Siehe dazu Borasio u. a. 2017, S. 100 f.)

„Eine sehr schwierige und konfliktreiche Frage stellt sich, wenn der Patient auf Grund seines Selbstbestimmungsrechts auf sein Lebensrecht nicht nur verzichten will und sich selbst tötet, sondern sogar darum bittet, dass ihm dabei geholfen wird, sich selbst zu töten.“ (Knoepffler 2004, S. 148) Bei einer Person, die im Angesicht von physischem und psychischem Leid um Hilfe bei der Selbsttötung bittet, kann jedenfalls nicht davon gesprochen werden, dass diese Person über ihre eigenen Todeszeitpunkt in der selben Weise verfügt, wie eine Person, die nicht an einer terminalen oder unheilbaren Erkrankung leidet. Der Sterbewunsch besteht nicht unabhängig von der Situation, in der sich die Person aufgrund ihres Gesundheitszustandes befindet; wäre die Person nicht in dieser Situation, würde sie eigentlich leben wollen. Bei einer moralischen Zulässigkeit der ärztlichen Suizidassistenz gilt es demnach zu berücksichtigen, dass es sich nicht allgemein um Selbsttötung handelt, vielmehr geht es um Selbsttötung schwer kranker oder sterbender Menschen. (Vgl. Knoepffler 2004, S. 150) Und auch wenn noch nicht klar zu erkennen gibt, was nun aus dem Prinzip der Menschenwürde für den Umgang mit der ärztlichen Suizidbeihilfe folgt, ist es jedenfalls unangemessen den Würdebegriff aufgrund seiner Vagheit aus der Debatte auszuschließen. Ebenso unsachgemäß ist es – wie häufig praktiziert – sich mit dem reinen Verweis auf die Menschenwürde aus jeglicher konstruktiven, bioethischen Debatte um die ärztliche Suizidassistenz herauszuhalten. (Vgl. Düwell 2008, S. 88 f.)

### **Leid(-vermeidung) und Patient\*innen-Wohl**

Heißt Leid zu vermeiden, Patient\*innen vor dem Tod zu bewahren und so lange wie möglich am Leben zu erhalten, oder aber sie dabei zu unterstützen, ihren körperlichen und psychischen Schmerzen ein Ende zu bereiten?

Ärzt\*innen haben grundsätzlich die Verpflichtung, Leid zu lindern (vgl. Hick u. a. 2007, S. 108). Die moderne Medizin verfügt dazu über vielzählige Möglichkeiten zur Linderung, Vermeidung und Beseitigung von Schmerzen, jedoch müssen Pa-

tient\*innen trotz fortschrittlichem Schmerzmanagement häufig derart leiden, dass sie sich für den eigenen Tod und gegen eine Weiterexistenz aussprechen. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 326) Und während der Wunsch nach Sterbehilfe für so manche – wie etwa Annette Wallenburg in *Sterbehilfe – Tabuthema im Wandel?* – nur aus einer schlechten oder nicht gegebenen Betreuung resultiert und durch die Verbesserung und den Ausbau der palliativmedizinischen Pflege vermieden werden könnte (siehe dazu Knopp und Schluchter 2004, S. 103–109), betonen Beauchamp und Childress, dass Palliativmedizin und -pflege eben nicht auf alle Bedürfnisse der Patient\*innen angemessen eingehen kann (vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 178). Schwerkranke über längere Zeiträume am Leben zu erhalten, kann letztlich auch dem Wohle der Patient\*innen zuwiderlaufen (vgl. Scriba 1989, S. 198 f.). Terminale Erkrankungen etc. können zudem nicht nur physische Schmerzen, sondern auch Abhängigkeiten bei der täglichen Grundversorgung, Kontrollverlust über die eigenen Körperfunktionen, Würdeverlust u. s. w. mit sich bringen und stellen damit für viele ein zu großes Leid dar, um weiterleben zu wollen. Häufig entstehen Gefühle der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit angesichts dessen, dass sich der eigene bereits leidvolle Zustand bis zum natürlichen Ende nur noch verschlechtern wird. Für manche Patient\*innen stellt von daher das Wissen darum, Hilfe in Anspruch bzw. ein tödliches Medikament nehmen zu können, wenn der eigene Zustand unerträglich wird, bereits eine erhebliche Minderung ihres Leidens dar. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 326) Dies zeigt, dass für viele Patient\*innen die Angst vor dem Tod letztlich nicht so groß ist, wie die Angst vor einem langwierigen, qualvollen Sterben. (vgl. Scriba 1989, S. 198) „Die Zulassung einer Sterbehilfepraxis soll es dem Arzt gestatten, Menschen in einer ausweglosen medizinischen Situation straffrei ein Sterben ohne langwieriges Leiden zu ermöglichen. Dieses Argument hat wahrscheinlich für viele Menschen eine intuitive Plausibilität.“ (Düwell 2008, S. 184) Vor dem Hintergrund der Verpflichtung zur Leidvermeidung bzw. -linderung, die Ärzt\*innen gegenüber Patient\*innen haben, kann eine Beihilfe zum Suizid aus Verantwortung für den Patienten bzw. die Patient\*in als ethisch gerechtfertigt betrachtet werden (vgl. Hick u. a. 2007, S. 108).

Dennoch ist es schwierig zu bewerten, was nun ein unerträglicher Leidenszustand

bedeutet. Das Verständnis von Leid ist zumeist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Viele würden den Tod selbst als großes, wenn nicht sogar größtes Leid betrachten, das es jedenfalls zu vermeiden gilt. Und vor allem hinsichtlich dessen, ärztliche Suizidbeihilfe aufbauend auf dem Argument der Leidvermeidung ethisch für zulässig zu bewerten, gewinnt die Frage der Definition von Leid an Relevanz.

Laut dem Arzt Stefan Sahm sei aufgrund fehlender medizinischer Kriterien zur Feststellung von unerträglichem Leid, das allein durch eine Beendigung des Lebens abgewendet werden könnte, das Argument eines schwerwiegenden Leidenszustandes nicht haltbar. Weiter bestünde für jede\*n Patient\*in, der bzw. die das eigene Leid subjektiv als unerträglich einschätzt, ‚immer‘ eine Therapie. (Vgl. Sahm 2020, S. 446)

Bettina Schöne-Seifert verweist auf unerschiedliche Lesarten von ‚unerträglichem Leid‘. So kann einerseits unerträgliches Leid bei jeder suizidwilligen Person angenommen werden, da der Wunsch nach dem eigenen Tod bereits impliziert, dass dieser dem subjektiv als weniger erträglich bewerteten Weiterleben vorgezogen würde. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 37)

In einer *starken* Lesart hingegen, wie sie auch dem alltagssprachlichen Gebrauch entspricht, versteht man unter unerträglichem Leiden einen erheblich eingegrenzteren psychischen Zustand. Hier wird der Betroffene auf quälende Weise von den Einschränkungen erdrückt, die eine bereits bestehende Erkrankung – durch Siechtum oder massive Funktions- und Kontrollverluste – für ihn verursacht.

(Schöne-Seifert 2020, S. 37)

Schöne-Seifert empfiehlt jedenfalls auf die starke Lesart des Begriffs zurückzugreifen (vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 37).

### **Dambruchgefahr und Slippery-Slope-Argumente**

Neben den bereits diskutierten Aspekten, die zugleich sowohl für als auch gegen eine ethische Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe sprechen können, finden

sich sogenannte Dammbrechargumente. Diese werden auch als ‚Slippery-slope-Argumente‘ oder ‚Argumente der schiefen Ebene‘ bezeichnet und häufig in moralischen Diskussionen eingesetzt (vgl. Regenbogen und Meyer 2013, S. 611). „Man argumentiert, daß das Gutheißen einer bestimmten Handlungsweise in der Praxis dazu führen könnte, daß früher oder später auch andere, moralisch verwerfliche Handlungen als erlaubt angesehen werden.“ (Regenbogen und Meyer 2013, S. 611 f.) Die für die Debatte um eine ethische Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe relevanten Argumente werden hier exemplarisch aufgeführt.

Ein sehr bekanntes Dammbrechargument gegen die ärztliche Suizidbeihilfe ist jenes, das auf einen drohenden sozialen Gewöhnungseffekt hinweist. Die ethische und rechtliche Liberalisierung des ärztlich assistierten Suizids und die Einrichtung einer ärztlichen Suizidbeihilfepraxis würden nämlich zu problemträchtigen Entwicklungen führen, da diese eine Normalisierung ärztlicher Hilfe bei Selbsttötungshandlungen mit sich bringen können oder würden. Während eine ethische Rechtfertigung von Suizidbeihilfe in gewissen, besonders tragischen Einzelfällen zwar möglich ist, dürfe diese aber keinesfalls als normale Praktik verstanden werden. Ärztliche Suizidbeihilfe als Normalität zu betrachten könnte u. a. wiederum dazu führen, dass Suizidwillige sich viel leichtfertiger für eine Selbsttötung entscheiden. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 71)

Ein weiteres Argument warnt vor sich aufweichenden und verschiebenden gesellschaftlichen und sozialen Normen, Werten, Grenzen und Erwartungen wie etwa der Respekt und Schutz von Leben. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 327) „They may fear that legalizing assisted suicide will ultimately lead to the legalization of voluntary or involuntary euthanasia. Commentators point to euthanasia performed by the Nazis as an indication of how disregard for human life can contribute to greater atrocities.“ (Polaris und Lehmann 2016, S. 327) Für viele ist die nun bestehende Debatte um eine mögliche Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe bereits das Ergebnis eines Abrutschens auf die schiefe Ebene, das wiederum aus der vor Jahrzehnten geführten Debatte um eine allfällige Zulässigkeit der Ablehnung oder Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen resultiert. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 327)

Die Befürchtung, dass aufgrund einer sozialen Akzeptanz einer etablierten ärztlichen Suizidbeihilfe-Praxis die Qualität bzw. das Vorantreiben von Verbesserungen und des Ausbaus von palliativmedizinischer Pflege beeinträchtigt werden würde, fügt sich ebenso in die Liste an Dambruchargumenten ein (vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 179 f.). Die Aussicht auf ein trostloses Dasein in einer lieblosen Umgebung, welche sich beispielsweise vor dem Hintergrund rückläufiger oder fehlender finanzieller Förderung von Einrichtungen etc. ergibt, könnte sich ebenfalls direkt auf die Entscheidung von kranken Personen zugunsten einer Selbsttötung als Prävention vor einem solchen Schicksal auswirken. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 716) Zudem wären vor allem Patient\*innen aus vulnerablen Gruppen besonders gefährdet, sich aufgrund der Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe für einen Suizid zu entscheiden (vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 180).

Die Schwierigkeit in Bezug auf Dambruchargumente liegt aber oft darin, dass solche in gewissenhaften ethischen Debatten zwar grundsätzlich nicht einfach ignoriert werden dürfen, sie jedoch häufig auf Spekulationen basieren und es ihnen weitgehend an beständigen Nachweisen fehlt. Teilweise mangelt es auch an einem Konsens bzgl. der Beschaffenheit antizipierter und gefürchteter Fehlentwicklungen und oftmals zeichnen sie sich durch „eine Rhetorik des Angstmachens“ (Schöne-Seifert 2020, S. 72) aus. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 72)

Dennoch lässt sich an dieser Stelle durchaus auf das nationalsozialistische ‚Euthanasieprogramm‘, im Rahmen dessen unter dem Namen ‚Euthanasie‘ die grausame Massenvernichtung von behinderten und kranken Menschen – von sogenanntem ‚lebensunwerten Leben‘ – vorgenommen und gerechtfertigt wurde, verweisen. (Vgl. Regenbogen und Meyer 2013, S. 207) Als ‚lebenswert‘ galten arbeits- und leistungsfähige, gesunde sowie genussfähige Menschen. Aufgrund von unheilbaren Leiden wurde den jeweiligen Menschen der ‚Lebenswert‘ abgesprochen. (Vgl. Schmuhl 1987, S. 106) „Wo Leiden sinnlos wurde, war Mitleid fehl am Platze. Der Begriff des Mitleids wurde daher in sein Gegenteil verkehrt, so daß der Gedanke Raum gewann, aus Mitleid zu töten.“ (Schmuhl 1987, S. 106 f.) Diese zeitgeschichtlichen Vorkommnisse können als ein Zeugnis dafür fungieren, dass unter Umständen

Euthanasie in eine verbrecherische Praxis pervertieren kann, vor allem dann, wenn aus ‚objektiver Sicht‘ der Wert von Leben einer Positiv-/Negativ-Kategorisierung unterzogen wird (vgl. Bonelli und Prat 2000, S. 52).

Dem Argument, dass eine leichtere Verfügbarkeit zur Normalisierung ärztlicher Suizidbeihilfe führen würde, kann wiederum entgegnet werden, dass allein schon der Begriff ‚Normalität‘ in diesem Kontext sehr problematisch ist, da dazu mehrere Verständnisse bestehen. Natürlich ist jegliche Verharmlosung von Selbsttötungshandlungen unangemessen und kann von niemanden gewünscht werden, aber eine „Normalität im Sinne einer für alle Menschen verlässlichen und zumutbaren Umsetzungsmöglichkeit freiverantwortlicher Suizidwünsche“ (Schöne-Seifert 2020, S. 72) lässt eine andere Bewertung zu. Und gegen die Warnung, dass sich vor allem Mitglieder einer vulnerablen Gruppe schneller für den Akt der Selbsttötung entscheiden würden, wenn ihnen die Hilfe dazu offen steht und ärztliche Suizidbeihilfe liberalisiert würde, gibt es keine empirisch fundierten Nachweise. Hinzu kommt, dass Entscheidungen zum Suizid einer Prüfung anhand gewisser Kriterien standhalten müssen, um die Freiverantwortlichkeit, Beständigkeit des Sterbewunsches etc. sicherzustellen. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 72 f.)

Dennoch sind die Befürchtungen, die durch Dambruchargumente ausgedrückt werden, durchaus plausibel und sollten nicht unbeachtet disqualifiziert werden:

These fears are understandable. Rules in a moral code against passively or actively causing the death of another person are not isolated fragments. They are threads in a fabric of rules that uphold respect for human life. The more threads we remove, the weaker the fabric may become. If we focus on the modification of attitudes and beliefs, not merely on rules, shifts in public policy may also erode the general attitude of respect for life. Prohibitions are often both instrumentally and symbolically important, and their removal could weaken critical attitudes, practices, and restraints.

(Beauchamp und Childress 2013, S. 180)

Hinzu kommt, dass nicht nur Dambruchargumente sondern auch deren Gegenargumente großteils auf Mutmaßungen beruhen und die gleiche Beweislage zu einem Sachverhalt durchaus zu gegenläufigen Schlussfolgerungen führen kann, je nachdem, wer die Beurteilung durchführt. Vor diesem Hintergrund wird die Kontroverse darüber, was als haltbarer Beweis gilt und was nicht, vermutlich bestehen bleiben. (Vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 181)

### **Drohender Nutzungsdruck**

Ein weiterer Einwand dagegen, ärztliche Suizidbeihilfe ethisch für zulässig zu bewerten und eine ärztliche Suizidbeihilfepraxis zu etablieren, ist die Befürchtung, dass sich bestimmte Personen dadurch aus unterschiedlichen Gründen unter Druck gesetzt fühlen, von diesem Angebot auch Gebrauch zu machen. So könnte der Druck auf weniger leidende und alte Personen massiv ansteigen, „[...] sich doch dieses »vernünftigen« Auswegs zu bedienen.“ (Hick u. a. 2007, S. 109) Anlass dazu könnte z. B. sein, dass der Suizid in Anbetracht steigender finanzieller Belastungen etwa für das Gesundheitssystem oder auch Angehörige in den verbleibenden Lebensmonaten als eine kostengünstige und damit attraktive Lösung angesehen wird (vgl. Bonelli und Prat 2000, S. 56). Der (Erwartungs-)Druck auf die Person, nicht zu viele Kosten zu verursachen und der Gesellschaft oder Angehörigen zur Last zu fallen, könnte dazu führen, dass sich diese dazu gezwungen fühlt, eine ärztliche Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Borasio u. a. 2017, S. 81).

Weiter werden leidende Personen durch ihr soziales Umfeld häufig als mühsam und belastend empfunden und bekommen das Gefühl vermittelt, auf diese Weise eine Bürde für die Menschen in ihrer Umgebung darzustellen. Der Druck wird sogar noch größer, wenn sich im Umfeld latente Aggressionen gegen diese Person aufbauen, weil sie den erlösenden Sterbewunsch nicht äußert. (Vgl. Knopp und Schluchter 2004, S. 104 f.)

Dem kann entgegnet werden, dass sich der Druck auf die kranken Personen, ärztliche Suizidassistenz einzuholen, weniger durch das Angebot derselben ergibt. Eine viel größere Rolle scheint dabei der gesellschaftliche Umgang mit leidenden Menschen zu spielen. „Wie eine Gesellschaft mit Hoffnungslosen und Verzweif-

ten umgeht, zeigt den Grad ihrer Zivilisation. An ihrem Verhalten gegenüber Alten, Kranken und Sterbenden erkennt man ihren Entwicklungsstand.“ (Knopp und Schluchter 2004, S. 105) So könnte dem Nutzungsdruck durch das Schaffen sowohl gesellschaftlicher Verhältnisse als auch einer Form des Gesundheitssystems, die es gewährleisten, dass sich Menschen nicht aufgrund irgendeines äußeren oder inneren Zwangs selbst töten wollen, vorgebeugt werden (vgl. Borasio u. a. 2017, S. 81). Es kann beispielsweise nicht sein „[. . .], dass eine ausreichende Schmerzmedikation nicht zulasten der Krankenkasse verschrieben werden darf und sich der Einzelne, der sie sich nicht leisten kann, deshalb den Ausweg in den Tod nimmt.“ (Borasio u. a. 2017, S. 81) Es liegt also in der Verantwortung der Gesellschaft einem solchen Nutzungsdruck in Bezug auf die ärztliche Suizidbeihilfe gegenüber wachsam zu sein, ihm vorzubeugen und entgegenzuwirken. Dazu benötigt es u. a. ein flächendeckendes palliativmedizinisches Angebot, Verantwortungsbewusstsein und Kreativität im Umgang mit Alter und Krankheit, um Betroffenen das Leben so lebenswert wie möglich zu gestalten und den Todeswunsch nicht erst aufkommen zu lassen, auch wenn dies große gesellschaftliche Herausforderungen für eine liberale Suizidbeihilfe-Ethik mit sich bringt. (Vgl. Schöne-Seifert 2020, S. 73, 107)

Auch aus der Sicht einer liberalen Ethik ist ein solches Gegensteuern immer dann unbedingt erforderlich, wenn es um Grundfragen des menschlichen Selbstverständnisses, um Kernfragen der eigenen Lebensgestaltung geht, für die echte Alternativen ermöglicht und geschützt werden sollen.

(Schöne-Seifert 2020, S. 77)

### **Missbrauchsgefahr**

Die Befürchtung, dass eine Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizids die Gefahr des Missbrauchs mit sich bringt, stellt ein weiteres Argument gegen einen solche dar.

Bedenken bestehen etwa in Bezug darauf, dass Personen durch ihre Angehörigen dahingehend beeinflusst werden könnten, eine ärztliche Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen (siehe auch Abschnitt *Drohender Nutzungsdruck*), um dadurch finan-

zielle Vorteile – z. B. in Form von Erbschaften – zu erhalten oder familiäre sowie finanzielle Belastungen zu vermeiden. (Vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 180)

Bei einer Beihilfe zum Suizid können auch eigennützige Motive des Helfers eine Rolle spielen, die oft schwer durchschaubar sind: finanzielle Vorteile durch Verkauf des tödlichen Giftes, Erbschaftsverhältnisse, persönlicher Ehrgeiz als »Sterbehelfer« bekannt zu werden etc.

(Hick u. a. 2007, S. 109)

Auch die Befürchtung, dass skrupellose Menschen letztendlich Möglichkeiten finden und nutzen – ähnlich wie im Fall von Steuerhinterziehung –, um das System für ihre eigenen Zwecke zu missbrauchen, spricht für viele gegen eine Zulässigkeit ärztlicher Suizidbeihilfe (vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 179).

Diese Einwände sind berechtigt; von daher muss im Rahmen einer gewissenhaft geführten Diskussion um eine etwaige ethische Zulässigkeit ärztlicher Suizidbeihilfe auch mit diesen angemessen umgegangen werden. Als Antwort kann vor allem die Etablierung strenger Verfahrens- und Zulässigkeitsregeln sowie -kriterien dienen, die derartige Bedenken entsprechend ausräumen und Fälle von Missbrauch verhindern. (Vgl. Polaris und Lehmann 2016, S. 326)

## 4.2 Gebot zum ärztlich assistierten Suizid?

Häufig stellt sich weniger die Frage, ob ein ärztlich assistierter Suizid ethisch zulässig ist, sondern vielmehr, ob es nicht sogar ein moralisches Gebot darstellt, Menschen in ihrem Wunsch, ihr Leben zu beenden, zu unterstützen. Diese Fragestellung beinhaltet zugleich den Rückschluss, dass Sterbewillige ein moralisches Recht darauf haben, zu Sterben bzw. bei der Selbsttötung Unterstützung zu erhalten. Insbesondere das in Kapitel 4.1.3 diskutierte Selbstbestimmungsrecht dient hierbei häufig als Argumentationsgrundlage.

### Recht auf Suizid?

In Kapitel 4.1.3, Abschnitt *Autonomie und Respekt vor der Selbstbestimmung*, wurde u. a. diskutiert, ob sich das Recht, das eigene Leben selbstbestimmt führen und

frei nach den eigenen Vorstellungen gestalten zu können, auch auf die selbstbestimmte Gestaltung des eigenen Todes ausweitet. „Wenn es nun so ist, dass Menschen ein Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Tod haben, dann ist das, was sie in diesem Zusammenhang wollen, auch normativ bedeutsam.“ (Schaber 2016, S. 102) Dennoch bleibt es umstritten, ob ein Mensch überhaupt über ein solches Recht verfügt und selbst wenn, ob dies gleichzeitig das Recht einschließt, andere – etwa einen Arzt bzw. eine Ärztin – zu deren Unterstützung zu bevollmächtigen (vgl. Schaber 2016, S. 198).

Woraus könnte sich also das Recht auf den eigenen Tod sowie die Unterstützung dazu ergeben?

Menschen haben gewisse Rechte über ihren eigenen Körper; darüber besteht ein weit verbreiteter Konsens. So darf etwa unser Körper nicht ohne unsere Zustimmung zu medizinischen Forschungszwecken herangezogen werden und auch medizinische Behandlungen dürfen nicht gegen unseren Willen vorgenommen werden u. s. w. (Vgl. Schaber 2016, S. 102) Das Recht, darüber zu bestimmen, was im Rahmen des Gesundheitssystems mit uns getan werden soll und was nicht, wie auch darüber, selbstbestimmt Entscheidungen über unseren Körper zu treffen, könnte so aufgefasst werden, dass es das Recht über Art und Zeitpunkt des eigenen Todes zu verfügen mit einschließt (vgl. Ahlzen 2020, S. 353).

Auch Peter Schaber erklärt in „Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid“, dass Menschen Rechte über sich selbst und damit über ihren Körper haben. Dies rührt von daher, dass wir als Personen achtungswürdig sind und Rechte die Funktion haben, uns als Personen zu schützen. Die Ausübung dieses Rechts als Person verdinglicht sich in unserem Willen, der als solche normative Kraft besitzt. (Vgl. Schaber 2016, S. 102) „Der Wille einer Person ist dabei normativ nicht bedeutsam, weil er autonom ist, sondern weil er eine Ausübung des Rechts über sich, in unserem Fall des Rechts über den eigenen Körper ist und das Erteilen einer Erlaubnis darstellt.“ (Schaber 2016, S. 102) Für Schaber handelt es sich um eine ‚Rechtsausübung‘ sobald die Person (i) ausdrückt, wie sie von anderen behandelt werden will, (ii) ihr Recht wissentlich ausübt; d. h., dass

die Person sich z. B. dessen bewusst sein muss, dass sie durch ihre Entscheidung ihr Recht ausübt und damit einer anderen Person erlaubt oder verbietet, etwas bestimmtes mit ihr zu tun, und (iii) sich darüber bewusst ist, welche Gründe für ihre Entscheidung sprechen. Erfolgt eine Entscheidung also wissend und freiwillig, dann ist dieser Wille achtungswürdig. (Vgl. Schaber 2016, S. 102 f.) Erklärt eine Person z. B. freiwillig und wissend, dass sie bei ihrem Suizid unterstützt werden will, wird das Recht darauf, dass andere nichts tun, was zu ihrem Tod beitragen könnte, außer Kraft gesetzt und eine Suizidassistenz verletzt nicht mehr die zuvor geltende Pflicht, nichts zu tun, was den Tod einer anderen Person herbeiführt. (Vgl. Schaber 2016, S. 104)

Wer meint, dass es nicht erlaubt ist, Menschen gegen ihren Willen zu behandeln, unabhängig davon, ob das für sie gut oder schlecht ist, muss auch, so das Argument der Selbstbestimmung, den Sterbewillen von Menschen als normativ bedeutsam ansehen. Der erklärte Wille verändert die deontischen Eigenschaften der Situation: Er macht aus verbotenen erlaubte Handlungen.

(Schaber 2016, S. 105)

Ob der Mensch über ein so weitreichendes Erlaubniserteilungsrecht verfügt steht allerdings weiterhin in Frage (vgl. Schaber 2016, S. 104). Ebenso strittig ist, ob der Mensch ein Recht auf Selbstschädigung hat bzw. wie weit ein solches Recht gehen kann. Viele sind der Meinung, dass unser Befugnis, eigene Rechte außer Kraft zu setzen, nur so weit reichen kann, wie es keine Selbstschädigung (oder auch Fremdschädigung) beinhaltet, da Rechte dem persönlichen Interessenschutz dienen sollen. (Vgl. Schaber 2016, S. 104)

### **Recht auf bzw. Verpflichtung zur Suizidbeihilfe?**

Nimmt man nun an, dass das Recht einer Person über ihren eigenen Körper zu verfügen gleichzeitig bedeutet, über ihren eigenen Tod selbst bestimmen zu können, und die Person den Wunsch hegt, bei ihrer Selbsttötung unterstützt zu werden, haben Ärzt\*innen dann die Verpflichtung dieser Person dabei zu helfen (vgl. Ahlzen 2020, S. 353)? Damit würde aus dem Recht auf Selbstbestimmung ein Recht

auf Selbstmord folgen, vor dessen Hintergrund auch die ärztliche Unterstützung erwartet werden darf (vgl. Bonelli und Prat 2000, S. 63). Aber bevor darüber diskutiert werden kann, ob Ärzt\*innen dazu verpflichtet sind, bei einem Selbstmord zu assistieren, und damit einer Person bei der Ausübung ihres Rechts auf Suizid zu helfen, schlägt Peter Schaber vor, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, worauf sich ein solches Recht überhaupt beziehen würde:

Wenn mit dem Recht auf Suizid das Interesse geschützt wird, unerträgliches Leiden nicht ertragen zu müssen, ist das Recht auf Suizid ein Recht, das eigene Leben dann zu beenden, wenn es mit unerträglichem Leiden verbunden ist. Die Antwort auf die grundlegende Frage, ob man ein Recht hat, über den eigenen Tod selber zu bestimmen, hängt davon ab, ob es Gründe gibt, Menschen ein solches Recht zuzusprechen. Und wenn es solche Gründe gibt, legen diese Gründe fest, worauf das Recht denn ein Recht ist.

(Schaber 2016, S. 98)

Schaber schließt demnach eine Verpflichtung zur Hilfe beim Suizid nicht aus. Wichtig sei dabei jedoch, dass sich die Verpflichtung nicht einfach aus dem Willen der Person heraus ergibt, vielmehr hänge es von den Gründen ab, die dafür sprechen, der Person zu helfen. Diese ergäben sich wiederum daraus, dass die Person selbst gute Gründe hat, um ihrem Leben ein Ende zu setzen. Der Wille allein gäbe der helfenden Person lediglich die Erlaubnis zu helfen. Ein guter Grund, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen könnte z. B. das Erleiden einer terminalen Erkrankung, die große Schmerzen mit sich bringt, sein. Ob etwas dafür oder dagegen spricht, dass sich eine Person selbst tötet, hänge wiederum davon ab, ob es für die Person gut oder schlecht ist, dies zu tun. Für die helfende Person gäbe es dann einen Grund dem bzw. der Sterbewilligen zu helfen, wenn die Gründe, die dafür sprechen, jene überwiegen, die dagegen sprechen. Das unerträgliche Leid einer Person könne – weil ein guter Grund sterben zu wollen – andere sogar dazu verpflichten, ihr dabei zu helfen, sobald die Person um Hilfe bittet und ihr Zustand auf keine andere Weise vermieden werden könne. (Vgl. Schaber 2016, S. 105 f.) „Die Hilfe, um die es dann geht, ist eine Nothilfe, die für die anderen, die helfen können, nicht

bloß eine Option darstellt. Man muss dann vielmehr helfen und die betroffene Person hat dann einen Anspruch darauf, dass ihr geholfen wird.“ (Schaber 2016, S. 106) Der Grund zur Hilfe liegt also im unerträglichen Leid der Person; der Wille liefert, wie gesagt, nur die Erlaubnis.

Damit reicht für Schaber das vieldiskutierte Recht auf Selbstbestimmung – selbst in Verbindung mit der Bitte um Hilfe für eine Zulässigkeit ärztlicher Suizidbeihilfe – nicht aus; solange es keine guten Gründe dazu gibt, ist diese lediglich erlaubt, jedoch nicht angezeigt. (Vgl. Schaber 2016, S. 106 f.)

Gegen eine ärztliche Verpflichtung zur Suizidbeihilfe wird unter anderem argumentiert, dass es zwar ein Recht auf Selbstbestimmung und ebenso auf den Respekt davor gibt, jedoch von diesen noch lange nicht auf ein Recht, eine andere Person – etwa einen Arzt bzw. eine Ärztin – in die Pflicht zu nehmen, Suizidwilligen die nötigen Mittel zur Selbsttötung bereitzustellen und/oder diese dabei zu unterstützen, zu schließen ist (vgl. Ahlzen 2020, S. 353). Eine Unterstützung beim Selbstmord von Ärzt\*innen zu erwarten – bzw. den Berufsstand generell zur Suizidbeihilfe zu verpflichten – würde zudem für diese zu schweren (Gewissens-)Belastungen führen (vgl. Düwell 2008, S. 183). Vor diesem Hintergrund kann auch damit gegen eine ärztliche Verpflichtung zur Suizidbeihilfe argumentiert werden, dass bei der Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung niemand anderes zu Schaden kommen darf. Dies setzt allerdings eine Definition des Schaden-Begriffs insofern voraus, als dass Gewissensbelastungen als Schaden verstanden werden.

Weiter darf der Zugang zu freiwillig getätigter Unterstützung und Bereitstellung von Ressourcen nicht ohne gute Gründe behindert werden, denn dies würde wiederum das Selbstbestimmungsrecht der Sterbewilligen verletzen (vgl. Borasio u. a. 2017, S. 78).

Entscheidend erscheint damit nicht die Frage, ob Ärzt\*innen zur Suizidbeihilfe verpflichtet sind, sondern es bleibt vielmehr bei der ursprünglichen Fragestellung, ob eine solche erlaubt ist (vgl. Beauchamp und Childress 2013, S. 182). „Erfolgt eine Beihilfe zum Suizid, so muss diese auf einer freien Gewissensentscheidung des

Helfers beruhen, der dabei die Entscheidung des Betroffenen respektiert [...]“ (Borasio u. a. 2017, S. 78) Wichtig ist demnach, dass kein Arzt und keine Ärztin dazu gezwungen werden darf, Sterbewillige bei der Selbsttötung zu unterstützen. Näher betrachtet könnte es jedoch sein, dass dies lediglich dem einzelnen Arzt bzw. der einzelnen Ärztin Abhilfe schafft, während der gesamte ärztliche Berufsstand nach wie vor der Erwartung ausgesetzt wäre, Suizidbeihilfe zu leisten. (Vgl. Düwell 2008, S. 183)

### 4.3 Kriterien der Zulässigkeit

Vor dem Hintergrund sämtlicher vorhergehender Ausführungen und Betrachtungen zum ärztlich assistierten Suizid wird deutlich, dass derselbe aus ethischer Sicht zweifellos nur unter bestimmten zu erfüllenden Bedingungen für zulässig bewertet bzw. gerechtfertigt werden kann; d. h. als moralisch gute Handlung befunden werden kann. Nur unter gewissen Gegebenheiten kann die ärztliche Beihilfe zu einer vorzeitigen, selbstbestimmten und selbst ausgeführten Beendigung eines Menschenlebens als eine Tat gesehen werden, die in einem größeren Zusammenhang dem guten Leben dient.

Daher widmet sich dieses Kapitel der Selektion, Kombination sowie interpretativen Reflexion des Darlegten – unter Einbringung eigener Überlegungen – in Form der Aufstellung konkreter Zulässigkeitskriterien.

Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei folgender Aufstellung in keiner Weise um eine vollständige Liste aller möglichen Kriterien handelt; vielmehr umfasst sie die aus der Sicht der Autorin minimal notwendigen Kriterien zur Beurteilung der Zulässigkeit eines ärztlich assistierten Suizids.

Weiter ist es nachvollziehbar, dass manches genannte Kriterium vielmehr als rechtliche, prozedurale etc. und weniger als ethische Bedingung aufgefasst werden könnte, dennoch gehören diese aus Sicht dieser Arbeit zu den notwendigen Mindestanforderungen, die erfüllt werden müssen, um eine ärztliche Suizidbeihilfe überhaupt als ethisch gerechtfertigt bzw. zulässig in Erwägung ziehen zu können.

Zu erfüllende Kriterien ergeben sich sowohl auf Seiten der Sterbewilligen als auch der assistierenden Ärzt\*innen, ferner bedarf es ebenso auf sozial- und gesellschaftspolitischer Ebene strenger Verfahrens- und Zulässigkeitsregelungen sowie der Kontrolle bzw. Überprüfung gewisser Aspekte, um den nötigen Rahmen für einen gewissenhaften Umgang mit ärztlicher Suizidbeihilfe sicherzustellen und etwa einem Missbrauch vorzubeugen.

#### A Kriterien auf sozial- und gesellschaftspolitischer Ebene

##### A.1 Eine ärztliche Suizidbeihilfe muss kostenfrei sein.

*Anmerkung: Dies soll verhindern, dass sich aus der Unterstützung eines Menschen bei dessen Selbsttötung ein finanzieller Vorteil verschafft wird oder nur Sterbewillige Zugang zu einer Beihilfe haben, die über die finanziellen Mittel dazu verfügen.*

##### A.2 Für Ärzt\*innen besteht keine Verpflichtung zur Suizidhilfe; eine Entscheidung für oder gegen die Unterstützung sterbewilliger Personen sollte eine persönliche Gewissensentscheidung der jeweiligen Ärzt\*innen darstellen.

##### A.3 Es muss sich nachweislich (weiterhin) um einen flächendeckenden Ausbau des palliativmedizinischen Angebots bemüht werden.

*Anmerkung: Dies soll verhindern, dass ein ärztlich assistierter Suizid als ‚Ausweichmöglichkeit‘ zu einem schlecht ausgebauten Palliativmedizinssystem genutzt wird.*

##### A.4 Grundsätzlich muss nachweislich ein Gesundheitssystem bzw. müssen gesellschaftliche Verhältnisse angestrebt werden, die einem Suizid aus Verzweiflung entgegenwirken (z. B. das Verschreiben ausreichender Medikation gegen Schmerzen).

##### A.5 Die ärztliche Suizidhilfe muss als medizinischer Ausnahmefall behandelt und kommuniziert werden.

##### A.6 Das soziale und persönliche Umfeld sowie die finanzielle Situation der sterbewilligen Person müssen evaluiert werden, um auszuschließen, dass

sie sich etwa aus einem gewissen Nutzungsdruck oder aus sozialer Isolierung heraus für die ärztliche Suizidhilfe entschieden hat.

A.7 Es muss sichergestellt werden, dass der ärztlich assistierte Suizid in einem würdevollen Umfeld sowie in Form eines würdevollen Prozesses erfolgt.

A.8 Die für die ärztliche Suizidbeihilfe eingesetzten Medikamente müssen klar definiert sein sowie ein Sterben sicherstellen, welches so schmerzfrei und angenehm wie möglich ist.

## B Kriterien auf Seiten der sterbewilligen Personen

B.1 Die sterbewillige Person muss mittels eines schriftlichen Gesuches, welches unter Beisein unparteiischer Zeugen verfasst wurde, ihren Wunsch zur ärztlichen Unterstützung beim Suizid äußern.

B.2 Der Wunsch der sterbewilligen Person muss mit ihren eigenen Werten, Orientierungen, Emotionen, Motivationen und Dispositionen im Einklang stehen (authentischer Wille).

B.3 Die sterbewillige Person muss kognitiv in der Lage sein, eigenständige und informierte Entscheidungen treffen zu können sowie sich über deren Folgen im Klaren sein zu können.

B.4 Die Situation der sterbewilligen Person muss nachweislich eine oder mehrere der folgenden Umstände aufweisen: a) Leiden an einer unzumutbaren Behinderung, b) Leiden an nicht beherrschbaren Schmerzen, c) Leiden an einer unheilbaren körperlichen Erkrankung und/oder d) Leiden an massiven Funktions- oder Kontrollverlusten.

B.5 Aus Sicht der sterbewilligen Person besteht keine Möglichkeit eines würdigen Lebens mehr; dies muss jedenfalls nachvollziehbar argumentiert werden.

B.6 Die Entscheidung der sterbewilligen Person darf keinen Schaden für andere erwirken bzw. die moralischen Rechte anderer verletzen.

B.7 Die Entscheidung der sterbewilligen Person muss selbstbestimmt erfolgen.

- B.8 Die sterbewillige Person muss ausreichend über Folgen und Alternativen informiert sein.
- B.9 Die sterbewillige Person muss ihr 18. Lebensjahr erreicht haben; Ausnahmen sind nur in einzelnen schweren Fällen möglich.
- B.10 Die sterbewillige Person muss ihren Wunsch wissentlich ausdrücken sowie die Gründe für ihre Entscheidung kennen und nennen können.
- B.11 Die Tatherrschaft der Suizidhandlung muss bei der sterbewilligen Person liegen.
- B.12 Die sterbewillige Person muss urteilsfähig sein und ihre Entscheidung wohlerrwogen treffen.
- B.13 Der Sterbewunsch der Person muss konstant sein.
- B.14 Die Entscheidung der sterbewilligen Person muss ohne Einfluss von anderen und völlig autonom getroffen werden.
- B.15 Die sterbewillige Person muss mündig sein.
- B.16 Der Wohnsitz der sterbewilligen Person muss im Land der Inanspruchnahme der ärztlichen Suizidbeihilfe liegen.  
*Dies dient der Vorbeugung eines Suizidhelfetourismus.*
- B.17 Die sterbewillige Person muss ein psychologisches/psychiatrisches Gutachten vorweisen können, welches das Nichtbestehen einer seelischen Erkrankung wie etwa einer Depression attestiert und die Fähigkeit der frei verantworteten, eigenständigen Entscheidung bestätigt.
- B.18 Die sterbewillige Person muss nachvollziehbar und unter Nennung von guten Gründen dargelegen, dass ihre Entscheidung zur Beendigung des eigenen Lebens für sie mehr Nutzen (z. B. Leidvermeidung) als Schaden (z. B. Beeinträchtigung der eigenen Interessen) darstellt und die Gründe dafür gegenüber den Gründen dagegen überwiegen.
- B.19 Die Entscheidung der sterbewilligen Person für eine ärztliche Suizidbeihilfe muss frei von äußerlichem Zwang erfolgen.
- B.20 Die sterbewillige Person muss körperlich in der Lage sein, den todbringenden Schritt selbst durchzuführen.

B.21 Die sterbewillige Person muss besonnen und vernünftig sein.

B.22 Der Sterbewunsch der Person muss ernsthaft sein.

### C Kriterien auf Seiten der assistierenden Ärzt\*innen

C.1 Assistierende Ärzt\*innen müssen die sterbewillige Person vorab umfassend über medizinisch-therapeutische, palliativmedizinische und andere etwaige alternative Möglichkeiten sowie über den Ablauf und das eingesetzte Medikament aufklären und beraten.

C.2 Assistierende Ärzt\*innen dürfen sich nicht zur Suizidbeihilfe verpflichtet oder einem äußerlichen und/oder innerlichen Druck ausgesetzt fühlen. Ihre Entscheidung für oder gegen die Unterstützung sterbewilliger Personen sollte ihre persönliche Gewissensentscheidung sein.

C.3 Assistierende Ärzt\*innen unterliegen der Berichtspflicht.

*Anmerkung: Dies dient der Verhinderung, dass Suizidhilfe heimlich und ohne Überprüfung bzw. Kontrolle bzgl. der Erfüllung der Voraussetzungen erfolgen kann.*

C.4 Assistierende Ärzt\*innen müssen sich nach Einlangen eines Gesuchs auf Suizidbeihilfe vorab umfassend über mögliche Alternativen informieren und diese evaluieren.

C.5 Assistierende Ärzt\*innen sind verpflichtet, vor einer Suizidbeihilfe ein angemessenes Schmerz- und Leidensmanagement zu versuchen.

C.6 Assistierende Ärzt\*innen dürfen in keiner Weise aus eigennützigen Gründen handeln.

C.7 Assistierende Ärzt\*innen verpflichten sich der Begleitung sowie Bezeugung des Prozesses bis zu seinem Abschluss.

C.8 Assistierenden Ärzt\*innen müssen bestätigte Diagnosen und Prognosen in schriftlicher Form vorliegen.

C.9 Assistierende Ärzt\*innen müssen über die fachlichen Kenntnisse für eine Beihilfe zum Suizid verfügen.

- C.10 Assistierende Ärzt\*innen müssen sich darüber vergewissern, dass die sterbewillige Person sämtliche ihrer Kriterien erfüllt; z. B. in Form der Überprüfung von Unterlagen, Untersuchungen, Gesprächen etc.
- D Kriterien, die für Ärzt\*innen und Patient\*innen gemeinschaftlich bestehen
- D.1 Assistierende Ärzt\*innen sowie sterbewillige Personen treffen letztlich gemeinsam eine informierte Entscheidung.
- D.2 Zwischen assistierenden Ärzt\*innen und sterbewilligen Personen besteht eine langfristige Beziehung; für den Fall, dass ein anderer Arzt bzw. eine andere Ärztin bei der Selbsttötung unterstützt, muss dies unter Einbezug des Vertrauensarztes bzw. der Vertrauensärztin erfolgen.
- D.3 Assistierende Ärzt\*innen sowie sterbewillige Personen tragen beidseitig für die Begleitung des Prozesses Sorge; es müssen regelmäßige Termine vereinbart und eingehalten werden; die sterbewillige Person muss sich vor der tatsächlichen Suizidhandlung noch einmal bei ihrem assistierenden Arzt bzw. ihrer assistierenden Ärztin melden.
- D.4 Assistierende Ärzt\*innen sowie sterbewillige Personen dürfen in keiner Weise in einem außermedizinischen Verhältnis zueinander stehen.
- D.5 Die Wertung von Leben als lebenswert oder -unwert erfolgt nicht objektiv; vielmehr obliegt den sterbewilligen Personen zusammen mit deren assistierenden Ärzt\*innen bzw. Vertrauensärzt\*innen die subjektive Bewertungskraft.
- Anmerkung: Dies soll einer ähnlichen Pervertierung in eine verbrecherische Praxis von ärztlicher Suizidhilfe, wie sie mit dem Begriff ‚Euthanasie‘ erfolgt ist, vorbeugen.*

#### 4.4 Praxisorientierte Empfehlungen

Für die Praxis in Bezug auf den ärztlichen assistierten Suizid lässt sich nun folgendes nahelegen: Die in Kapitel 4.3 dargelegten Kriterien sind – wie dort angeführt – als Mindestanforderungen zu verstehen, unter deren unbedingter Erfüllung eine ärztliche Suizidbeihilfe überhaupt als ethisch vertretbar bzw. zulässig in Betracht

gezogen werden kann.

Gerade aber in Bezug auf Lebensendesituationen bzw. -fragen lässt sich ein situationsensibler Umgang nicht hinreichend durch ein rigides Normenwerk ersetzen, vielmehr sollten sich ein klares Fundament aus Regeln und ein eingehendes Situationsbewusstsein ergänzen. Dies allein schon vor dem Hintergrund, den ärztlich assistierten Suizid nicht als alltägliche, selbstverständliche Sterbehilfepraxis sondern als bewusste, gewissenhafte, wohlerwogene und selbstbestimmte Beendigung eines individuellen, leidvollen Menschenlebens zu etablieren.

Dies bedeutet für die Praxis im Konkreten, dass durch die gewissenhafte Anwendung (und Erfüllung) der Kriterien, begleitet durch ein bewusstes Auseinandersetzen mit der individuellen Situation sterbewilliger Personen, eine klare und ethisch verantwortbare Leitlinie für den Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid gelegt werden kann.

Um dieser angemessen zu folgen bedarf es allerdings klar definierter Instanzen, die mit der Begutachtung, der Kontrolle, der laufenden Reevaluierung sowie der Implementierung bzgl. der Erfüllung der Kriterien, der Kriterien selbst sowie der einzelnen Situationen suizidwilliger Personen betraut werden.

Wie die Erfüllung der vorgeschlagenen Kriterien und das Monitoring im Detail auszusehen hat bzw. aussehen kann sowie auf die begriffliche Abgrenzung gewisser – noch unscharfer – Bezeichnungen, welche in Rahmen der Kriterienaufstellung verwendet wurden, wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Angesichts der Darlegungen dieser Arbeit wird klar, dass die Thematik um den Suizid, der zudem von Ärzt\*innen durch Beratung, Beistand und insbesondere der Verschreibung tödlicher Medikamente unterstützt wird, von **Kontroversialität und Pluralismus** an Ansichten und Werten geprägt ist; vor allem wo es sich bei Ärzt\*innen um einen sich dem Leben verschriebenen Berufsstand handelt, und obwohl die Tatherrschaft – das Ausführen der zum Tod führenden Handlung – bei der suizidwilligen Person liegt.

Dies schlägt sich bereits in den in der Arbeit behandelten Disziplinen nieder: Die **rechtliche Lage** zum ärztlich assistierten Suizid zeigt sich weltweit sehr unterschiedlich. In den Beispielländern Österreich, Deutschland, Schweiz, Niederlande, Belgien sowie einzelnen Staaten der USA ist dieser zwar gesetzlich zulässig, dennoch bestehen im Detail bzgl. Vorgehen und Voraussetzungen Unterschiede. Aber auch die **divergierenden Positionen** zur Frage der ethischen Legitimität und Umgangsweise in Bezug auf die ärztliche Suizidbeihilfe, die von verschiedenen **Ethikkommissionen, Ethikräten und der American Medical Association** – auch innerhalb denselbigen – eingenommen werden, bestätigen die vorhandene Kontroversialität und Komplexität.

Wo man sich bereits zumindest auf die Zulässigkeit geeinigt hat und dies in einen **rechtlichen und praktisch ausgestalteten Rahmen** gebracht hat, wie etwa in der Schweiz, wo die Sterbehilfevereine Dignitas und EXIT Freitodbegleitungen anbieten, wird diese Praxis – wenigstens teilweise – vielerorts weiter in Frage gestellt; z. B. ob es richtig ist, Angebote zur Suizidbeihilfe zu bewerben. Weiter bestehen Unterschiede wie, dass in der Schweiz auch nicht ansässige Personen unter Umständen für die Freitodbegleitung in Frage kommen, während sich im US-Bundesstaat Oregon nur Personen mit dortigem Wohnsitz eignen. Die historischen **Beispiele von Dr. Jack Kevorkian und Dr. Timothy E. Quill** zeigen sehr eindrücklich, dass Suizidbeihilfe gut gemeint oder sogar moralisch richtig anmuten, jedoch rechtlich gesehen falsch sein kann, dass diese aber auch klare Grenzen beinhaltet und benötigt, dass – wie auch anhand der **Pro- und Kontraargumente im ethi-**

**schen Diskurs** klar wird – es gewisser Rahmenbedingungen und Kriterien bedarf, um Ärzt\*innen und deren berufliches Ethos und Suizidwillige bzw. Patient\*innen, deren Autonomie, Würde und Wohl, sowie deren gemeinsames Vertrauensverhältnis zu schützen, Missbrauch, Pervertierung etc. zu vermeiden und eine mögliche ethische Rechtmäßigkeit in Bezug auf die ärztliche Hilfeleistung beim Selbstmord nicht schon im Ansatz zu ersticken.

Wenn also der ärztlich assistierte Suizid aus ethischer Sicht als zulässig bewertet werden soll, kann dies nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass bestimmte Bedingungen erfüllt werden. Eine ärztliche Suizidbeihilfe kann demnach niemals per se eine moralisch gute Handlung darstellen.

Angesichts dessen ergeben sich **Kriterien**, die (A) auf sozial- und gesellschaftspolitischer Ebene zu erfüllen sind. So muss etwa dafür gesorgt sein, dass eine ärztliche Suizidbeihilfe kostenfrei ist und sich somit niemand eigennützig daran bereichern kann, dass das Gesundheitssystem sowie insbesondere das palliativmedizinische Pflegeangebot einen Standard annimmt, der es nicht erlaubt, dass Menschen sich als Ausweidlösung für den eigenen Tod entscheiden. Aber auch Ärzt\*innen dürfen nicht zur Suizidbeihilfe verpflichtet werden, um (weiterhin) ihren Beruf im Einklang mit dem eigenen Gewissen ausüben zu können. Für die (B) Sterbewilligen bedarf es einer Reihe an zu erfüllenden Kriterien, um für einen ärztlich assistierten Suizid erwogen werden zu können. Neben grundsätzlichen Voraussetzungen wie etwa dem Bestehen einer körperlichen, unheilbaren Krankheit oder unzumutbaren Behinderung, nicht zu bewältigenden Schmerzen oder massiven Kontroll- bzw. Funktionsverlusten, der Volljährigkeit und Mündigkeit, dem Wohnsitz im Land der Durchführung u. ä., gibt es einige subjektive, jedoch nachvollziehbar zu machende (etwa in Form von Gutachten) Voraussetzungen zu erfüllen. Dazu gehören das Bestehen von Urteilsfähigkeit, kognitiver und körperlicher Fähigkeit zur Entscheidung und Durchführung des Suizids unter ärztlicher Hilfe, Selbstbestimmtheit und Freiheit von äußerlichem Zwang, Informiertheit über Alternativen, Vorgehen etc., eines konstanten Sterbewunsches sowie guter Gründe für diesen. Auf Seiten der (C) assistierenden Ärzt\*innen sind es Kriterien wie das Durchführen umfassender Aufklärung, die Vereinbarkeit mit dem eigenen Gewissen, die Pflicht zur

Berichterstattung, die Vergewisserung über Prognosen, Diagnosen, Alternativen, Voraussetzungen etc. der sterbewilligen Person sowie der Freiheit von äußerlichem und/oder innerlichem Druck zur Hilfeleistung, die sowohl die sterbewillige Person als auch die Ärzt\*innen selbst schützen sollen. Dazu kommen jedoch noch Kriterien, die (D) sowohl die Ärzt\*innen als auch die Sterbwilligen gemeinschaftlich zu erfüllen haben. Beispielsweise darf es keine außermedizinische Beziehung zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen geben; gleichzeitig muss jedoch eine langfristige Beziehung zwischen ihnen bestehen, denn letztlich sollen die Ärzt\*innen gemeinsam mit den Sterbewilligen eine informierte und wohlerwogene Entscheidung darüber treffen, ob ein Weiterleben angestrebt werden soll oder nicht.

Nachvollziehbarerweise erweisen sich Themen rund um Lebensendesituationen als sehr emotionsgeladen. Keine der Situationen selbst als auch die daran beteiligten Personen sind gleich. Daher lassen sich ein gewisses situationspezifisches Einfühlungsvermögen und Bewusstsein nicht einfach durch ein strenges Regelwerk ersetzen. Die Kriterien sind als Regelfundament – als **Leitlinie – zur Bewertung und zum Umgang** mit der heiklen Situation genauso wichtig wie eine bewusste und sensible Auseinandersetzung mit der Einzigartigkeit der mannigfaltigen Situationen suizidwilliger Menschen. Dabei stehen wiederum das Berücksichtigen bzw. das Respektieren des menschlichen Selbstbestimmungsrechts, der menschlichen Würde und des persönlichen Wohls des Menschen im Vordergrund.

Die in dieser Arbeit aufgestellten Kriterien erheben weder einen Anspruch auf Vollständigkeit, noch wurde sich damit in einer Art auseinandergesetzt, die Aufschluss darüber gibt, ob oder wie genau diese in der Praxis anwendbar sind bzw. welche Schwierigkeiten sich möglicherweise daraus ergeben können. Um dies zu bewerkstelligen, würde es allein schon einer eingehenden begrifflichen Abgrenzung bedürfen, da einige der Kriterien schlichtweg zu vage formuliert sind bzw. unscharfe Begriffe beinhalten. Dies würde sich demnach für die **zukünftige wissenschaftliche Behandlung** anbieten. Weiter würde auch ein Gedankenexperiment, bei welchem ein konkreter oder auch generierter Fall für einen Anwendungsversuch der Kriterien herangezogen wird, als vielversprechende Erkenntnisquelle dienen.

**Zum Schluss** bleibt noch anzumerken, dass es sich bei dieser Arbeit um einen Versuch handelt, eine konkrete(re) ethische Orientierungshilfe für den Umgang mit dem ärztlich assistierten Suizid zu entwerfen. Tatsächlich scheint sich im Zusammenhang mit dieser Thematik nicht allzu bald, wenn überhaupt, ein Konsens formulieren zu lassen. Die Frage, ob eine ärztliche Suizidbeihilfe ethisch zulässig ist, und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen, wird vermutlich gleichbleibend vielfältige Antworten hervorbringen. Und in Anbetracht dessen, dass es dabei um Wohl und Leid, Leben und Tod fühlender, erlebender, leidender, sterbender etc. Menschen geht und was damit im Einzelnen und gesellschaftlich auf dem Spiel steht, ist es vielleicht auch gut so, dass die Diskussion nie abgeschlossen sein wird und wir damit als Gesellschaft immer wieder und gemeinschaftlich dazu angehalten sind, Überlegungen darüber anzustellen, was als moralisch gut bewertet werden darf, bestehende Ansichten neu zu evaluieren und in die Findung eines Konsenses zu investieren. Dennoch darf dabei nicht der einzelne Mensch in Vergessenheit geraten, der jetzt leidet, sich jetzt einen würdevollen Tod wünscht und jetzt Hilfe braucht.

## Bibliographie

- Ahlzen, R. (2020), „Suffering, authenticity, and physician assisted suicide“, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23, 3, S. 353–359.
- American Medical Association (2016), *Physician Assisted Suicide*, Publikationsdatum aus Webseitenquelltext, <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-assisted-suicide>, Nov. 2016.
- Beauchamp, Tom und James Childress (2013), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York.
- Bioethikkommission im Bundeskanzleramt (2015), *Sterben in Würde (Stellungnahme)*, Geschäftsstelle der Bioethikkommission.
- Bonelli, Johannes und Enrique H. (Hrsg.) Prat (2000), *Leben - Sterben - Euthanasie?*, Springer Vienna, 196 S., ISBN: 3211835253.
- Borasio, Gian Domenico, Ralf J. Jox, Jochen Taupitz und Urban Wiesing (Hrsg.) (2017), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*, Springer Berlin Heidelberg.
- Bundesverfassungsgericht (2020), *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020*.
- Deutscher Ethikrat (2014), *Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention*, Deutscher Ethikrat Geschäftsstelle.
- DIGNITAS (2021), *Informationsbroschüre*, Zuletzt geändert am 1. April 2021.
- DIGNITAS-Deutschland e.V. (2020), *Informations-Broschüre*, 9. Auflage.
- Disease Control and Health Statistics Center for Health Statistics, Washington State Department of Health (2019), *2018 Death with Dignity Report*, Washington State Department of Health.
- Düwell, Marcus (2008), *Bioethik*, Metzler Verlag, J.B.
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartment EJPD (2009), *Organisierte Suizidhilfe: Vertiefte Abklärungen zu Handlungsoptionen und -bedarf des Bundesgesetzgebers*.
- end of life Washington (2020), *Death with Dignity Checklist*, end of life Washington.
- (o.D.), *2019-2020 Annual Report*, end of life Washington.
- EXIT (2021), *Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3. Neuauflage 2021.

- Gavela, Kallia (2013), *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, Springer Berlin Heidelberg.
- Hick, Christian, M. Gommel, A. Ziegler und P. W. Gaidzik (2007), *Klinische Ethik*, Springer-Verlag GmbH.
- Hume, David (2018), »Über den Freitod« und »Über die Unsterblichkeit der Seele«, Reclam Philipp Jun.
- Kant, Immanuel (2019), *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 5. Auflage, Suhrkamp Verlag AG.
- Knoepffler, Nikolaus (2004), *Menschenwürde in der Bioethik*, Springer Berlin Heidelberg.
- Knopp, Lothar und Wolfgang Schluchter (Hrsg.) (2004), *Sterbehilfe — Tabuthema im Wandel?*, Springer Berlin Heidelberg.
- Nationale Ethikkommission (2005), *Beihilfe zum Suizid (Stellungnahme Nr.9/2005)*, Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin.
- Nationaler Ethikrat (2006), *Stellungnahme: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Nationaler Ethikrat.
- Nicol, Neal und Harry Wylie (2006), *Between the dying the dead: Dr. Jack Ke-vorkian, assisted suicide machine, and the battle to legalise euthanasia*, Vision, London.
- Pieper, Annemarie (2017), *Einführung in die Ethik*, UTB GmbH.
- Polaris, J. J. Z. und L. S. Lehmann (2016), „Medical Ethics: Euthanasia and Assisted Suicide“, in *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, Elsevier, S. 321–329.
- Public Health Division (2020), *Oregon Death with Dignity Act 2019 Data Summary*, Public Health Division, Center for Health Statistics.
- Quill, Timothy E. (1991), „Sounding Board. Death and Dignity. A Case of Individualized Decision Making“, *The New England Journal of Medicine*, 324, 10, S. 191–194.
- Quill, Timothy E. und Christine K. Cassel (1995), „Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians“, *Annals of Internal Medicine*, 122, 5 (März 1995), S. 368.
- Regenbogen, Arnim und Uwe Meyer (Hrsg.) (2013), *Wörterbuch der philosophischen Begriffe*, Meiner Felix Verlag GmbH.

- Sahm, Stephan (2020), „Ärztlich assistierter Suizid“, *Der Onkologe*, 26, 5, S. 443–448.
- Schaber, Peter (2016), „Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid“, *Ethik in der Medizin*, 29, 2, S. 97–107.
- Schmuhl, Hans-Walter (1987), *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung >lebensunwerten Lebens<, 1890-1945*, Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen.
- Schöne-Seifert, Bettina (2020), *Beim Sterben helfen - dürfen wir das?*, Metzler Verlag, J.B.
- Scriba, Peter C. (1989), *Ethik im Alltag der Medizin*, hrsg. von Dietrich von Engelhardt, Springer Berlin Heidelberg, 252 S.
- Verfassungsgerichtshof (2020), *Erkenntnis G 139/2019-71 vom 11.12.2020*.
- Von Schirach, Ferdinand (2020), *GOTT*, Penguin Random House, 160 S.
- Wallner, Jürgen (2018), *Rechtsethik in der Medizin : wie komme ich zu einem gut begründeten Urteil*, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.
- Wittwer, Héctor, Daniel Schäfer und Andreas Frewer (Hrsg.) (2010), *Sterben und Tod*, J.B. Metzler.