



Sterben in Würde: Zur Vereinbarkeit von Lebensschutz und Selbstbestimmung

Positionspapier der Präsidiumskommission der
Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften
und der Künste nach dem Urteil des Bundesverfassungs-
gerichts vom 26.2.2020 zu § 217 StGB

Sterben in Würde: Zur Vereinbarkeit von Lebensschutz und Selbstbestimmung

Positionspapier der Präsidiumskommission der
Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften
und der Künste nach dem Urteil des Bundesverfassungs-
gerichts vom 26.2.2020 zu § 217 StGB

Die Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften und der Künste pflegt den wissenschaftlichen und künstlerischen Gedankenaustausch mit Vertretern des politischen, wirtschaftlichen und künstlerischen Lebens und berät die Landesregierung bei der Förderung von Wissenschaft und Kunst.

Herausgegeben von der Nordrhein-Westfälischen
Akademie der Wissenschaften und der Künste

Mitglieder der Präsidiumskommission der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und der Künste

Prof. Dr. Katrin Amunts (Vorsitzende)

Direktorin des Instituts für Neurowissenschaften und Medizin, INM1,
Forschungszentrum Jülich; Professorin für Hirnforschung an der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Ordentliches Mitglied der Klasse für Naturwissenschaften und Medizin der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2017

Prof. Dr. Michael Quante (Co-Vorsitzender)

Professor für Philosophie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Ordentliches Mitglied der Klasse für Geisteswissenschaften der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2016

Prof. Dr. Reinhard Emmerich

Direktor des Instituts für Sinologie und Ostasienkunde der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Ordentliches Mitglied der Klasse für Geisteswissenschaften der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2011

Prof. Dr. Dr. Mariacarla Gadebusch Bondio

Direktorin des Institute for Medical Humanities der Rheinischen
Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Ordentliches Mitglied der Klasse für Geisteswissenschaften der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2019

Unser Dank für Beratung und kritische Diskussion gilt

Prof. Dr. Claudia Bausewein, Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Präsident Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

Dr. Astrid Lueg, Vorstand Verbund der SAPV-Teams Nordrhein e.V.

Prof. Dr. Lukas Radbruch, Universitätsklinikum Bonn, Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Prof. Dr. Christiane Woopen, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Ferner danken wir allen Personen, die an der Erstellung der Empfehlung mitgewirkt haben.
Die Akademie weist darauf hin, dass die Empfehlung nicht zwingend die Meinung aller
genannten Personen und aller Mitglieder der Akademie wiedergibt.

Prof. Dr. Klaus Ferdinand Gärditz

Lehrstuhlinhaber für Öffentliches Recht der Rheinischen
Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Ordentliches Mitglied der Klasse für Geisteswissenschaften der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2020

Prof. Dr. Ute Habel

Leiterin der Sektion Neuropsychologie und Leitende Psychologin der Klinik
für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der RWTH Aachen

Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Neurowissenschaften und Medizin -
JARA-Institut „Brain structure function relationships: Decoding the human brain at
systemic levels“ am Forschungszentrum Jülich

Prof. Dr. Dieter Häussinger

Professor em. und ehemaliger Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie
und Infektiologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Ordentliches Mitglied der Klasse für Naturwissenschaften und Medizin der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2004

Prof. Dr. Wolfgang Löwer

Professor em. für Staats- und Verwaltungsrecht am Institut für Öffentliches Recht
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Ordentliches Mitglied der Klasse für Geisteswissenschaften der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2006
Präsident der Akademie seit 2016

Prof. Dr. Arnulf von Scheliha

Professor für Theologische Ethik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät und
Direktor des Instituts für Ethik und angrenzende Sozialwissenschaften der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Ordentliches Mitglied der Klasse für Geisteswissenschaften der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 2019

Prof. Dr. Dr. Otmar Schober

Professor em. und ehemaliger Direktor der Klinik für Nuklearmedizin der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Ordentliches Mitglied der Klasse für Naturwissenschaft und Medizin an der
Nordrhein-Westfälischen Akademie seit 1996
Vizepräsident und Sekretar der Klasse für Naturwissenschaften und Medizin

Inhaltsverzeichnis

Präambel	10
1. Rechtliche Grundlagen	12
2. Themenfelder	14
2.1 Prävention	15
2.2 Freiverantwortlichkeit	17
2.3 Beratung	18
3. Ausblick	21
Anhang	23
1. Weiterführende Literatur	23
Prävention	23
Freiverantwortlichkeit	24
Beratung	24
2. Gesetzentwürfe	25
3. Stellungnahmen etc.	26

Präambel

Am 26.2.2020 hat das Bundesverfassungsgericht das vom Deutschen Bundestag im Herbst 2015 beschlossene Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Für die damit erforderliche gesetzliche Neuregelung liegen derzeit verschiedene Gesetzesentwürfe vor, die der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts Rechnung tragen sollen. Dies hat die kontroverse Debatte, die zu diesem Thema seit vielen Jahren in der Gesellschaft geführt wird, wieder aufleben lassen.

Mit dieser Stellungnahme möchte die Präsidiumskommission einen interdisziplinären Beitrag leisten, der die Pluralität der Perspektiven, unterschiedliche Bedürfnisse der Beteiligten und die normative Rahmung des Bundesverfassungsgerichts berücksichtigt. Unsere Aufmerksamkeit gilt drei Themenfeldern: Prävention, Freiverantwortlichkeit und Beratung. Da die Prinzipienfrage nach dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben normativ entschieden ist, geht es jetzt darum zu klären, wie sich Lebensschutz und Selbstbestimmung innerhalb des vom Bundesverfassungsgericht gesetzten Rahmens ethisch angemessen realisieren lassen. Mit unserer Stellungnahme möchten wir dazu beitragen,

stabile und lebbare Lösungen zu finden, mit denen Menschen mit ihrem jeweils ganz individuellen Lebenshintergrund in existenziellen Notlagen beigestanden werden kann.

Diese Stellungnahme wendet sich deshalb nicht nur an den Gesetzgeber, sondern auch an alle an der gesellschaftlichen Debatte Beteiligten. Die Herausforderung, Lebensschutz und Selbstbestimmung miteinander zu vereinen, erschöpft sich aus Sicht der Präsidiumskommission nicht in einem gesetzgeberischen Akt, sondern ist der gesamten Gesellschaft aufgetragen: Letztlich geht es um eine ethische Reflexion des rationalen und humanen Umgangs mit dem eigenen Sterben und

dem eigenen Tod. Dazu sind in einer modernen, pluralen und demokratisch verfassten Gesellschaft rechtliche Rahmenbedingungen erforderlich. Dabei sind die Gestaltungsspielräume der Beteiligten klar zu umreißen und der Umsetzung eine verlässliche Basis zu geben. Zugleich muss der rechtliche Rahmen auch Raum für die Komplexität des Einzelfalls, die jeweils individuelle Selbstbestimmung aller Beteiligten und den gesellschaftlichen Gesamtkonsens eröffnen. Schließlich muss er Schutz ermöglichen in einer besonders vulnerablen Lebensphase. Im demokratischen Willensbildungsprozess, der zeitlichen und kulturellen Veränderungen unterliegt und deshalb kontinuierlich zu durchdenken und anzupassen ist, werden diese Rahmenbedingungen angemessen auszugestalten sein.

Aus Sicht der Kommission kommen der Wissenschaft zwei zentrale Aufgaben zu. Zum einen muss sie fundiertes Wissen für diese gesellschaftliche Debatte bereitstellen und so zur Versachlichung beitragen. Zum anderen muss sie rationale Begründungsstandards sowohl hinsichtlich der Daten als auch der zumeist normativen Diskussionsbeiträge einfordern. Ohne diese beiden Voraussetzungen: wissenschaftlich fundiertes Wissen und rationale Begründung, kann man – bei aller Emotionalität der aufwühlenden Fragen – der großen Herausforderung, Lebensschutz und Selbstbestimmung zu vereinbaren, nicht gerecht werden.

1. Rechtliche Grundlagen

Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts schließt das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. mit Art. 1 Abs. 1 GG) ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben und damit die Freiheit ein, sich eigenverantwortlich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung, dem eigenen Leben entsprechend sehr unterschiedlicher Vorverständnisse von Lebenssinn und Lebensqualität ein Ende zu setzen, ist als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Diese Freiheit umfasst nach dem Bundesverfassungsgericht auch das Recht, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Solange Dritte nur als Werkzeug der suizidwilligen Person dienen und nicht ihrerseits Verfügungsmacht über den Willen des Suizidenten erlangen, liegt in der Hilfeleistung kein rechtlich sanktionierbares Unrecht vor.

Da dieses Recht durch verfahrensmäßige oder inhaltliche Bedingungen einzuschränken ist, liegt darin gleichwohl ein rechtfertigungsbedürftiger Grundrechtseingriff. Der Gesetzgeber muss also eine hinreichend bestimmte und verhältnismäßige Regelung treffen. Hierbei ist den Gründen Rechnung zu tragen, aus denen das Bundesverfassungsgericht das frühere Verbot organisierter Suizidhilfe nach

§ 217 StGB als einen unverhältnismäßigen Grundrechtseingriff qualifiziert hat.

Die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht des Suizidwilligen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben mit Unterstützung zu beenden, kollidiert mit der Pflicht des Staates, das Rechtsgut Leben zu schützen. Der hohe Rang, den die Verfassung der Autonomie

und dem Leben beimisst, sei – so das Gericht – grundsätzlich geeignet, „deren effektiven präventiven Schutz auch mit Mitteln des Strafrechts zu rechtfertigen“. Allerdings müsse sichergestellt sein, „dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt“.

Eine Neuregelung, die aus der Verpflichtung des Staates zum Lebensschutz zwingend erforderlich ist, muss sicherstellen, dass nur Entscheidungen Anerkennung finden, die hinreichend selbstbestimmt getroffen worden sind. Die Rechtsordnung erkennt auch in anderen Zusammenhängen Umstände an, die einer Selbstbestimmung im Einzelfall entgegenstehen. Ist ein Mensch aktuell nicht hinreichend selbstbestimmungsfähig, greift die staatliche Schutzverantwortung, die sich dann auch gegen die Verwirklichung eines Sterbewunsches richten darf. Innerhalb dieses Bezugsrahmens kann der Gesetzgeber Regelungen erlassen, die schutzbedürftige Menschen vor inadäquaten Grundrechtsgefährdungen schützen. Beispielsweise wären Verbote der Hilfe zum Sterben in akuten Umständen eingeschränkter Selbstbestimmung zulässig. Gleiches gilt für verfahrensrechtliche Vorkehrungen, die die freie Willensbildung bis zur entscheidenden Handlung externer Kontrolle unterwerfen (etwa durch einen Richtervorbehalt oder die verbindliche Hinzu-

ziehung von Zeugen), um Missbrauch vorzubeugen, sowie auch Regelungen des angemessenen Zugangs zu Suizidmitteln, insbesondere zu Betäubungsmitteln. Entscheidend ist nach dem Bundesverfassungsgericht, dass damit keine faktische Barriere aufgebaut wird, die ein selbstgewähltes Sterben unter zumutbaren Bedingungen unmöglich macht.

Eine künftige Regelung müsste hinreichend erkennen lassen, wo die Grenzlinie zwischen straffreier Suizidhilfe und der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) verläuft. Verfahren, in denen staatliche Behörden – etwa über eine Genehmigung zum Erwerb suizidgeeigneter Betäubungsmittel – faktisch entscheiden müssen, ob der Suizidwunsch „gerechtfertigt“ ist, sind nicht zulässig. Mit der Garantie der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) ist es unvereinbar, dass der Staat sich ein Urteil über den Wert eines individuellen menschlichen Lebens anmaßt, in dem die Maßgeblichkeit der individuellen Perspektive des betroffenen Lebens nicht berücksichtigt wird.

Zudem ist Rechtssicherheit für alle am Prozess beteiligten Personen, insbesondere das medizinische Personal, notwendig. Wir brauchen verlässliche Regeln dafür, wie man sich – im Rahmen eigener Gewissensentscheidungen – verhalten darf.

2. Themenfelder

Die Debatte um den assistierten Suizid hat in der Bundesrepublik Deutschland eine lange und komplexe Geschichte, in der sich die Einstellung zum Suizid erheblich gewandelt hat. Angesichts kontinuierlich zunehmender medizinischer Möglichkeiten der Lebenserhaltung stellt sich nicht zuletzt in einer Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung die Frage nach einem menschlich gestalteten Sterben besonders dringlich.

Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist nun ein normativer Rahmen gesteckt: Das selbstbestimmte Sterben ist als Teil personaler Autonomie anerkannt, deren Ausübung auch den Anspruch auf Hilfe beim Sterben einschließt. Selbstverständlich findet letzteres seine Grenze sowohl an der Autonomie der anderen involvierten Beteiligten als auch an gesamtgesellschaftlichen Ansprüchen, die ihrerseits hohe ethische Güter darstellen (z. B. das Vertrauen in das Medizinsystem, die Interessen und der Lebensschutz von vulnerablen Gruppen, das ärztliche Berufsethos sowie einen gerechten Zugang zur Hilfe beim Sterbewunsch). Diese moralisch hochrangigen Güter spielen in den drei behandelten Themenfeldern auf unterschiedliche Weise ineinander und geraten auf divergierende Weise miteinander in

Konflikt. Dieser ethischen Komplexität müssen wir prinzipiell und immer wieder neu gerecht werden: Diese Stellungnahme beansprucht deshalb nicht, eine letztgültige oder allumfassende Antwort auf ein existenzielles und ethisch vielschichtiges Problem zu geben. Hierbei kommt den Themenfeldern Prävention, Freiverantwortlichkeit und Beratung eine Schlüsselstellung zu, weil sie sich durch alle Diskurse ziehen. Deshalb werden sie im Folgenden beleuchtet.

In der klinischen Situation sind die unterschiedlichen Standpunkte zur Sterbebegleitung zu respektieren, wie sie in Kommentaren und Stellungnahmen verschiedener Institutionen oder Einzelpersonen zum Ausdruck gebracht wurden. Dazu zählen unter

anderem nationale Einrichtungen (z. B. Deutscher Ethikrat), wissenschaftliche Fachgesellschaften (z. B. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde), die Kirchen (z. B. Deutsche Bischofskonferenz, Evangelische Kirche in Deutschland) und nicht-religiöse Vereinigungen (z. B. Humanistischer Verband Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben) sowie die Stellungnahmen von Standesvertretungen der Ärzteschaft (z. B. Ärztetag, Bundesärztekammer, Landesärztekammern) und der Pflegeberufe (z. B. Deutscher Pflegeerrat). Das Augenmerk der genannten Positionspapiere liegt auf Fragen, die in der Öffentlichkeit (Politik, Medien und allgemeine Bevölkerung) verstärkt wahrgenommen werden sollen.

2.1 Prävention

Ein zentrales Anliegen in der politischen Debatte um das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (BVerfG) zum § 217 StGB ist die Stärkung der Suizidprävention und die Förderung der Palliativversorgung und der Hospizarbeit. Das Urteil zielt gerade darauf ab, dass der assistierte Suizid nicht zum „Normalfall“ wird. Eine Ökonomisierung des assistierten Suizids muss vermieden werden. Für die Umsetzung des Urteils sind Leitlinien und nachfolgende Maßnahmen erforderlich, die eine dynamische

Anpassung der Rahmenbedingungen ermöglichen. Sie müssen zudem auf aktuellen medizinisch-klinischen, demografischen, z. B. Geschlechterungleichheit bei Suizidversuchen und Suiziden (gender paradox in suicide), und demoskopischen Daten beruhen, die wissenschaftlichen Standards genügen. Schließlich sind auch Erfahrungen aus anderen Ländern und Kulturen als Grundlage für zu schaffende Rahmenbedingungen in der Gesellschaft und für eine individuelle Beratung der zukünftigen Gesetzgebung heranzuziehen. Aufgrund der Dynamik ist eine permanente Begleitforschung unverzichtbar.

Gesamtgesellschaftlich ist eine Kultur der Integration zu schaffen. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen und Anstrengungen gegen Vereinsamung und Verzweiflung, um Sterbewünschen, die nicht in jedem Fall mit einem Suizidbegehren gleichzusetzen sind, präventiv entgegenzuwirken.

Bei schwer Erkrankten gilt es, die Versorgung vorausschauend zu planen (Advanced Care Planning). Dazu gehört es, Möglichkeiten und Wertigkeit einer palliativen Versorgung im Arzt-Patientengespräch zu erörtern sowie die Optionen einer frühzeitigen Integration palliativmedizinischer Versorgung in die kurative Therapie aufzuzeigen. Dabei kann auch „Spiritual Care“, ein Teilbereich der Palliativversorgung im Grenzbereich von Medizin und Theologie, einbezogen werden, sofern dies von den Beteiligten

gewünscht wird. Generell gilt es, Alternativen zum assistierten Suizid, wie zum Beispiel palliative Sedierung, frühzeitig aufzuzeigen und darüber eingehend zu informieren. Der zeitliche Verlauf von Beratung und Ausführung wird an die Schwere der Erkrankung angepasst.

Außerdem gilt es, durch vorbeugende Maßnahmen Unzulänglichkeiten im Prozess der Prüfung auf ethische Zulässigkeit weitestgehend auszuschließen. Die Prüfung einer „Indikation“ zum assistierten Suizid auf Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit der Entscheidung bedarf der größtmöglichen Sorgfalt. Dies gilt insbesondere, aber nicht nur, bei dem Vorliegen psychischer Erkrankungen und beim Todeswunsch junger Menschen. Unabdingbare Voraussetzung ist eine differenzierte Kenntnis und Analyse somatischer, psychischer und sozialer Faktoren (z. B. chronische oder akute Krankheitssituation, Vereinsamung). Zu berücksichtigen sind die zeitlichen Schwankungen der vorhandenen Ausprägung von Todeswunsch und Lebenswillen und die häufige Ambivalenz, d. h. die Gleichzeitigkeit von Todeswunsch und Lebenswillen. Zu beachten sind auch der geistige Reifezustand und das Ausmaß der individuellen Impulskontrolle.

Auch wenn bürokratische Hürden beim freiverantworteten Suizid niedrig gehalten werden sollten, sind formale und zivilrechtliche Vorgaben durch die Handelnden zu überprüfen (z. B. Betreuungs-/ Patien-

tenverfügungen, Vorsorgevollmachten/ gesetzliche Vertretung). Dies schließt auch die Dokumentation des Sterbewunsches, des Verfahrens der Anhörung beteiligter Personen und den Vollzug des Suizids ein. Die Dokumentation muss verdeutlichen, dass die Entscheidung zum Suizid eigenverantwortlich getroffen worden ist. Im Hinblick auf Durchführung und Qualitätssicherung aller Prozesse bei assistiertem Suizid sind die Aufgaben der Beratung und Begutachtung personell zu trennen. Im Beratungs- und Begutachtungsprozess müssen die Verantwortlichkeiten geklärt sein und nachgehalten werden. Weiterhin gilt es, für die Bereitstellung des erforderlichen Betäubungsmittels Sicherungssysteme einzurichten.

Eine wirksame Suizidprävention schließt ein situationsadäquates und rationales Entscheidungsverfahren ein. Dabei spielt die Zusammensetzung der direkt am assistierten Suizid Beteiligten eine besondere Rolle. Die präventive Suizidberatung muss qualifiziert und spezialisiert im Blick auf die Heterogenität der Fälle ausgestaltet werden. Berufsrecht und Berufsethik müssen sich dieser neuen Herausforderung stellen. In diesem Zusammenhang sind auch die Anforderungen an die Qualifikation zu regeln.

Ort und Mittel der Durchführung eines assistierten Suizids setzen einen würdigen Rahmen voraus. Dabei gilt es, akute und beständige Belastungen für beteiligte Dritte zu antizipieren und möglichst gering

zu halten. Erfahrungsgemäß zu erwartende Sekundärwirkungen eines Suizids bedürfen der adäquaten Ansprache, insbesondere bei Rückwirkungen auf die Familie und sonstige Nahestehende (zum Beispiel Schuldgefühle von Angehörigen des Suizidenten).

Auch die Situation der Pflegenden vor und nach einem assistierten Suizid bedarf der besonderen Beachtung. Insgesamt ist es wesentlich, die Perspektive der Prävention auf alle am Prozess Beteiligten auszuweiten.

2.2 Freiverantwortlichkeit

In den bisherigen Gesetzentwürfen und Diskussionen wird sehr stark der autonom gebildete freie Wille des Menschen betont. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass er immer durch unsere leibliche Verfasstheit und soziale Einbindung mitgeformt ist. Neben Alter, intellektuellem Leistungsvermögen und möglicher psychischer oder somatischer Erkrankung beeinflussen auch viele weitere soziale, kulturelle und situative, meist transiente, Faktoren die autonome Willensbildung. Wir orientieren uns an anderen und stimmen uns mit ihnen ab, wir leben in Interdependenzen zu Menschen unseres Vertrauens und solchen unseres Misstrauens, zu Familien, zum Hausarzt und ggf. zum Suizidhelfer, unsere Entscheidungen stehen unter dem Einfluss von Medien und sozialen Plattformen, der gelebten Kultur und

gesellschaftlichen Haltung gegenüber Alter und Krankheit, sozialer Integration, Wertschätzung und Zuwendung – oder deren Fehlen. Eine vollständige Erfassung oder Berücksichtigung aller in individuellen Situationen wirksamen Einflussfaktoren wird unmöglich bleiben, der freie Willen wird nie genau und mit Sicherheit festzustellen sein. Es bleibt uns aber die Möglichkeit und die Aufgabe, Einschränkungen der freien Willensbildung zu detektieren. Dabei gilt es, die Selbstverantwortung des Menschen als ethische und normative Forderung aufrechtzuerhalten.

Es bleibt also zu prüfen, inwieweit der freie Wille von Betroffenen – besonders im Falle einer Erkrankung – beeinträchtigt ist bzw. kein Grund besteht anzuzweifeln, dass die Willensbildung hinreichend unbeeinflusst erfolgt, der Suizidwille keiner lediglich vorübergehenden Stimmung oder Situation entspringt, sondern dauerhaft und wohlüberlegt ist. Bei psychischen Störungen ist dies häufig nicht der Fall. Schließlich ist bekannt, dass psychische Störungen zwar die Anzahl an Suiziden und Suizidversuchen erhöhen, gleichzeitig Patienten außerhalb akuter Krankheitsphasen sich von Suizidgedanken, -impulsen oder -handlungen distanzieren. Dennoch sollten psychische Erkrankungen keinen Sonderfall der Betrachtung darstellen. Psychische Störungen gehen nicht automatisch und immer mit einer Beeinträchtigung der selbstverantwortlichen überlegten Entscheidung einher, aber die

Differenzierung kann schwierig werden, so z.B zwischen einer wohlüberlegten, nicht auf akuter Symptomatik basierender Entscheidung nach langem chronischem Krankheitsverlauf und einer, in der die selbstverantwortliche Entscheidung durch die akute psychische Symptomatik beeinträchtigt ist. Eine Gefahr besteht jedoch auch darin, dass eine potenziell vorliegende psychische Störung gar nicht erkannt wird. Wenn Zweifel an der Einsichtsfähigkeit auf Grund einer psychischen Beeinträchtigung und damit der Freiverantwortlichkeit bestehen, muss dies fachärztlich geklärt werden.

Ab dem Zeitpunkt, an dem der Suizidwille deutlich geäußert wird, sollten Suizidwillige so informiert und beraten werden, dass alternative Wege und Behandlungsmöglichkeiten ausreichend bekannt sind und berücksichtigt werden können. Entscheidungen sind Prozesse, deren wesentliche Komponenten Beurteilungen und Optionen sind. Bereits die Art, wie Alternativen und Optionen präsentiert werden, nehmen auf Wahlentscheidungen Einfluss (auch im Sinne von kognitiven Verzerrungen). Dies trifft umso mehr zu, je größer und weiterreichend die Konsequenzen oder Resultate der Entscheidungen sind. Daneben werden Entscheidungsprozesse von Erinnerungen und bestehendem Wissen geleitet und nicht zuletzt von Emotionen, die umso stärker wirken können, je konfliktreicher die Entscheidungen sind. Entsprechend sind Entscheidungen situationsabhängig

und deshalb veränderlich; allerdings werden sie häufig ohne ausreichende Vorinformationen getroffen.

Es ist daher ein gesellschaftliches Anliegen, bei einer so gravierenden Entscheidung wie der zum Suizid, Zeitdruck und Impulsivität möglichst zu reduzieren sowie in der selbstverständlich gebotenen Einfühlsamkeit alle sachrelevanten Informationen für eine abwägende Beurteilung alternativer Optionen bereitzustellen. Aus diesem Grund ist eine über Krankheitsfolgen und Behandlungsoptionen in der Palliativmedizin, aber auch der psychiatrischen und psychotherapeutischen Möglichkeiten informierte Öffentlichkeit ein klares und unabdingbares Ziel.

2.3 Beratung

Suizidgedanken und Wünsche nach Sterbehilfe werden zumeist von Menschen geäußert, die an einer sehr schweren somatischen oder psychischen Krankheit verzweifeln. Wenn auch vielen von ihnen somatische und psychische Schmerzen grundlegend gelindert werden können, stößt die Palliativmedizin hier auch an Grenzen. So wird das Angebot einer palliativen Sedierung als Alternative zum Suizid oder als Möglichkeit, die Angst vor Schmerzen und einem langwierigen Sterbeprozess zu minimieren, nicht von allen Betroffenen angenommen. Zu den wichtigsten Gründen dieser Ablehnung,

gehört die Angst davor, dass durch palliative Sedierung das Sterben zum fremdgesteuerten Prozess wird, der den oder die Sterbende(n) in völlige Passivität zwingt. Die Achtung vor der Menschenwürde gebietet es, bei der Begleitung von Suizidwilligen und Sterbehilfe Suchenden deren Perspektive in den Mittelpunkt zu stellen und ihr Selbstbestimmungsrecht zum Ausgangspunkt allen Abwägens und Handelns zu machen. Dazu gehört die Anerkennung subjektiver Grenzen ertragbaren Leidens ebenso wie die unveräußerliche Forderung, die Wünsche der betroffenen Person als maßgebend zu nehmen, solange sie diese verbalisieren oder anderweitig ausdrücken kann – selbst dann, wenn die aktuellen Wünsche mit Voraussetzungen kollidieren. Selbstbestimmung kann eben nie abstrakt reklamiert werden, sondern wird stets getragen von individuellen, lebensgeschichtlich geprägten, religiös bzw. weltanschaulich eingebetteten Vorstellungen, die sich bis zuletzt ändern können.

Neben den Sterbehilfe Wünschenden und den Menschen in ihrem engeren sozialen Umfeld ist der Perspektive des medizinischen Personals Rechnung zu tragen. Der das Urteil des Bundesverfassungsgerichts leitende Grundsatz: „Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten“ gilt unbedingt auch für die Angehörigen dieser Gruppe, deren individuelle Gewissensentscheidungen ebenfalls zu respektieren sind. Diese Sicht teilt die ärztliche Musterberufsordnung,

die zwar Orientierung gibt, aber jedem Arzt und jeder Ärztin individuell Ermessensspielraum lässt. Wir begrüßen es, dass der 124. Ärztetag im Mai 2021 ausweislich seines Beschlussprotokolls die Forderung, Ärztinnen und Ärzte „dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ (ehemals § 16, Satz 3 MBO-Ä), aufgehoben hat und in den begründenden Ausführungen an die ärztlichen Pflichten erinnert: Grundsätzlich bleibe der ärztliche Beruf an seine in der hippokratischen Tradition verankerten Hauptaufgaben gebunden, nämlich Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und zur Erhaltung der natürlichen Grundlagen für ein gesundes Leben beizutragen.

Menschen zu helfen, die sich eine ärztliche Beihilfe zum Suizid wünschen, stellt eine besondere ethische Herausforderung dar. Sie kann nur bewältigt werden, wenn Aufklärung, Beratung, Begleitung und Unterstützung von Vertrauen zwischen Betroffenen, ihrem sozialen Umfeld und den beteiligten Ärztinnen und Ärzten getragen sind. Die in der aktuellen Diskussion oft zu hörenden Warnungen vor Normalisierung oder Medikalisierung des Suizids sowie die Forderungen nach Regelungen zur Eindämmung von Vertrauenserosion und möglichem ärztlichen Machtmissbrauch sind ernst zu nehmen: Die Konstellation von Suizidprävention als Regelfall und Begleitung von Menschen, die einen Sterbewunsch geäußert haben, als Ausnahme wird sich

nur dann dauerhaft etablieren lassen, wenn beide Optionen tabufrei im Arzt-Patientenverhältnis angesprochen werden können. Letzteres verlangt eine Stärkung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, insbesondere hinsichtlich der Vermittlung spezifischer Kompetenzen sowie der Stärkung standesethischer Bildung und moralischer Entscheidungsfähigkeit.

Unabhängig davon, ob sich ein Arzt oder eine Ärztin persönlich in einem konkreten Fall für oder gegen die Beihilfe zum Suizid entscheidet, gehört es zum professionellen, moralisch angemessenen Verhalten, sich den sterbewilligen Patientinnen und Patienten nicht zu verschließen, sondern ihnen respektvoll und offen zu begegnen, ihnen zuzuhören und Gesprächsraum zu bieten. In einem aufklärenden Gespräch, in dem das medizinisch Machbare darzulegen ist, wird Unterstützung bei der Entscheidungsfindung angeboten und auf die Möglichkeiten etwa einer psychologischen, psychotherapeutischen oder seelsorgerischen Beratung aufmerksam gemacht.

Wir plädieren daher für eine Stärkung der Suizidprävention und für die Entwicklung einer individualisierten Begleitung von Menschen, die einen Sterbewunsch geäußert haben. Als individualisierte und kultursensible Beratung verstehen wir ein Angebot, das auf die Bedürfnisse von Betroffenen – und damit sind auch

weitere involvierte Personen gemeint – reagiert. Aufklärung, durch aktives Zuhören und Offenheit gekennzeichnete beratende Gespräche und ggf. Unterstützung beim Suizidwunsch sollen den darin mitschwingenden Komponenten Rechnung tragen. Dazu gehören subjektive und interrelationale Gründe, situative Gegebenheiten oder auch religiös-kulturelle Faktoren. Um der Komplexität dieses Geflechts gerecht zu werden, halten wir eine Beratung für notwendig, die den Wandel der persönlichen Motive und Begründungen in der Ausnahme-situation berücksichtigt und ergebnisoffen gestaltet ist. Dies schließt es ein, ggf. mehrfach zu beraten. Das Gesprächs- und Beratungsangebot muss niederschwellig, unbürokratisch und leicht zugänglich sein. Den Betroffenen ist professionelle Beratung durch multidisziplinäre und interprofessionell zusammengesetzte Teams anzubieten. Mindestbedingung ist das Vier-Augen-Prinzip. Schließlich bleibt der Zweck der Beratung, den Betroffenen im Prozess einer womöglich autonomen Entscheidungsfindung zu unterstützen. Hierfür sind auch die anderen, am Prozess der Sterbe- und Suizidbegleitung beteiligten Personen zu berücksichtigen. Ihre Perspektive, Gefühle und Erfahrungen im „Involviertsein“ sind ernst zu nehmen. Insgesamt gilt es, für alle am Prozess Beteiligten, niedrighschwellige Beratungs-, Supervisions- bzw. Begleitungsangebote bereitzuhalten.

3. Ausblick

Die Frage, wie selbstbestimmtes Sterben in einer pluralen demokratischen Gesellschaft human gestaltet werden kann, erschöpft sich nicht in der rechtlichen Regulierung des assistierten Suizids. Wir plädieren dafür, Lebensschutz und Selbstbestimmung im Kontext von Sterben und Tod ethisch verantwortungsvoll miteinander zu vereinen. Dabei ist es wichtig, achtsam die emotionalen Aspekte zu respektieren und in einen gesellschaftlichen Diskurs zu integrieren, in dem wir die diversen und teilweise konfligierenden Ansprüche, die Erwartungen und Zielkonflikte identifizieren. Nur so lässt sich der durch das Bundesverfassungsgericht gesetzte normative Rahmen ethisch angemessen ausfüllen. Die Endphase des Lebens ist vom Spannungsfeld von zu respektierender Selbstbestimmung und anzubietender Hilfe geprägt. Daher muss der Gesetzgeber auf die vielgestaltigen Situationen mit normativer Offenheit reagieren.

In dieser Frage bedarf es daher beständig unserer Achtsamkeit sowie einer informierten und vertieften ethischen Reflexion über ein Thema, das individuell häufig verdrängt wird. Die individuelle Einstellung zum Tod, zum Sterbenlassen in Würde, zur Bedeutung von Spiritualität, aber auch die soziale Dimension des Sterbens sowie die gegebenen medizinischen und pflegerischen Be-

dingungen am Lebensende sind in diesem Zusammenhang essenziell. Diese werden in der vorliegenden Kurzstellungnahme nicht eingehend beleuchtet, haben jedoch große Auswirkungen auf die gelebte Praxis.

Über rechtliche Regulierungen hinaus lässt sich folglich ein gesellschaftlicher Gestaltungsbedarf ableiten, der durch

die beteiligten Individuen, institutionelle Rahmenbedingungen und ein gesamtgesellschaftliches Verständnis auszufüllen ist. Ein wesentliches Ziel eines solchen Designs ist es, das Vertrauen in ärztliches Handeln, das dem Wohl der Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft verpflichtet ist, zu stärken.

Den der Gesellschaft und der Politik zuarbeitenden Wissenschaften kommt in diesem Kontext die Aufgabe zu, die für eine sachliche Diskussion notwendigen Daten, Informationen und Erkenntnisse bereitzustellen. Dies erfordert disziplinäre Forschung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Bereitschaft zum gesellschaftlichen Diskurs. Die dafür geeigneten Formate und institutionellen Rahmenbedingungen müssen dauerhaft etabliert werden. Dabei sind die Standards rationaler Argumentation und Begründung zu achten und konsequent einzufordern. Nur wissenschaftlich fundierte Diskussionen bieten stabile Grundlagen für vernunftbasierte Willensbildungen und entsprechende politische Entscheidungen.

Ein Sterben in Würde, das Lebensschutz und Selbstbestimmung vereint, bedarf transparenter Verfahren, institutioneller Lösungen und der wissenschaftlich basierten politischen Rahmung. Dem Einzelfall gerecht werden kann man letztlich nur, wenn man auf die Achtsamkeit und die Urteilskraft aller Beteiligten vertraut.

Anhang

1. Weiterführende Literatur

Prävention

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (Ed.): Stellungnahme „Advance Care Planning (ACP)“. Deutsches Ärzteblatt (2019) 116/50.

Holm AL, Salemons E, Severinsson E: Suicide prevention strategies for older persons – An integrative review of empirical and theoretical papers. *Nurs Open* 8/5 (2021), 2175-2193.

Wagner B, Hofmann L, Grafiadeli R: The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *J Clin Psychol* 77/6 (2021), 1472-1486.

Barrigon ML, Cegla-Schwartzman F: Sex, Gender, and Suicidal Behavior. *Curr Top Behav Neurosci* 46 (2020), 89-115.

Levi-Belz Y, Krysinska K, Andriessen K: „Turning personal tragedy into triumph“: A systematic review and meta-analysis of studies on posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychol Trauma* 13/3 (2021), 322-332, 10.1186/s13643-021-01621-9.

Freiverantwortlichkeit

Pfister HR, Jungermann H, Fischer K: Die Psychologie der Entscheidung. Springer 2017.

Lerner JS, Li Y, Valdesolo P, Kassam KS: Emotion and decision making. *Annu Rev Psychol* 66(2015), 799-823.

Walter, H: *Neurophilosophie der Willensfreiheit: von libertarischen Illusionen zum Konzept natürlicher Autonomie*. Schöningh 1998.

Moreira-de-Oliveira ME, de Menezes GB, Dos Santos-Ribeiro S, Laurito LD, Ribeiro AP, Carter A, Fontenelle LF: Are mental disorders related to disbelief in free will? A systematic review. *Syst Rev* 10/78 (2021).

Kane R (Ed.): *Oxford Handbook of Free Will*. Oxford University Press 2011.

Beratung

Blank, RH: End-of-Life Decision Making across Cultures. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 39/2 (2011), 201-14.

Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Stuttgart 2020.

Gadebusch Bondio M, Wagner AJM, Krieger R, Weiß L, Kinnebrock S: Behandlung im Voraus Planen (BVP): Eine Übersichtsarbeit über das Vorsorgeverhalten von Frauen und Männern in Deutschland. *Gesundheitswesen* 82/10 (2020), 748-760.

Kreß, H: Anmerkung zu BVerfG, Urt. v. 26.2.2020. *Medizinrecht* 38 (2020), 572-574.

Schweda M, Schicktanz S, Raz A, Silvers A: Beyond Cultural Stereotyping: Views on End-of-Life Decision Making among Religious and Secular Persons in the USA, Germany, and Israel. *BMC Medical Ethics* 18/1 (2017).

2. Gesetzentwürfe

Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung.
Diskussionsentwurf Bundesgesundheitsministerium
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Suizidhilfe_Gesetz_Arbeitsentwurf.pdf

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben.
Gesetzentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...], 2021.
https://www.renate-kuenast.de/images/Gesetzentwurf_Sterbehilfe_Stand_28.01.2021_final_002.pdf

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe.
Deutscher Bundestag Drucksache 19/28691, 2021.
<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/286/1928691.pdf>

Dorneck C, Gassner UM, Kersten J, Lindner JF, Linoh KP, Lorenz H, Rosenau H, Schmidt am Busch B: Gesetz zur Gewährleistung selbstbestimmten Sterbens und zur Suizidprävention. Augsburg-Münchener-Hallescher-Entwurf (AMHE-SterbehilfeG). Mohr-Siebeck 2021.

Wiesing U, Jox RJ, Borasio GD: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Kohlhammer 2020.

3. Stellungnahmen

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (Ed.): Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte. Diskussion Nr. 26, 2021.

https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Diskussionspapier_Neuregelung_des_assistierten_Suizids.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): Stellungnahme. Eckpunkte für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistenz, 2020.

<https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2020/suizidassistenz.html>

Deutscher Pflegerat e.V.: Stellungnahme. Mögliche Neuregelung der Suizidassistenz, 2021.

<https://deutscher-pflegerat.de/2021/04/15/moegliche-neuregelung-der-suizidassistenz/>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP): Stellungnahme. Eckpunkte der DGP zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention, 2021.

<https://www.dgpalliativmedizin.de/category/186-stellungnahmen-2021.html?download=1062>

ISBN 978-3-00-070379-9

Herausgeber

Nordrhein-Westfälische Akademie
der Wissenschaften und der Künste

Palmenstraße 16
40217 Düsseldorf

www.awk.nrw

Redaktionsschluss: Oktober 2021





Nordrhein-Westfälische Akademie
der Wissenschaften und der Künste

www.awk.nrw

ISBN 978-3-00-070379-9



9 783000 703799