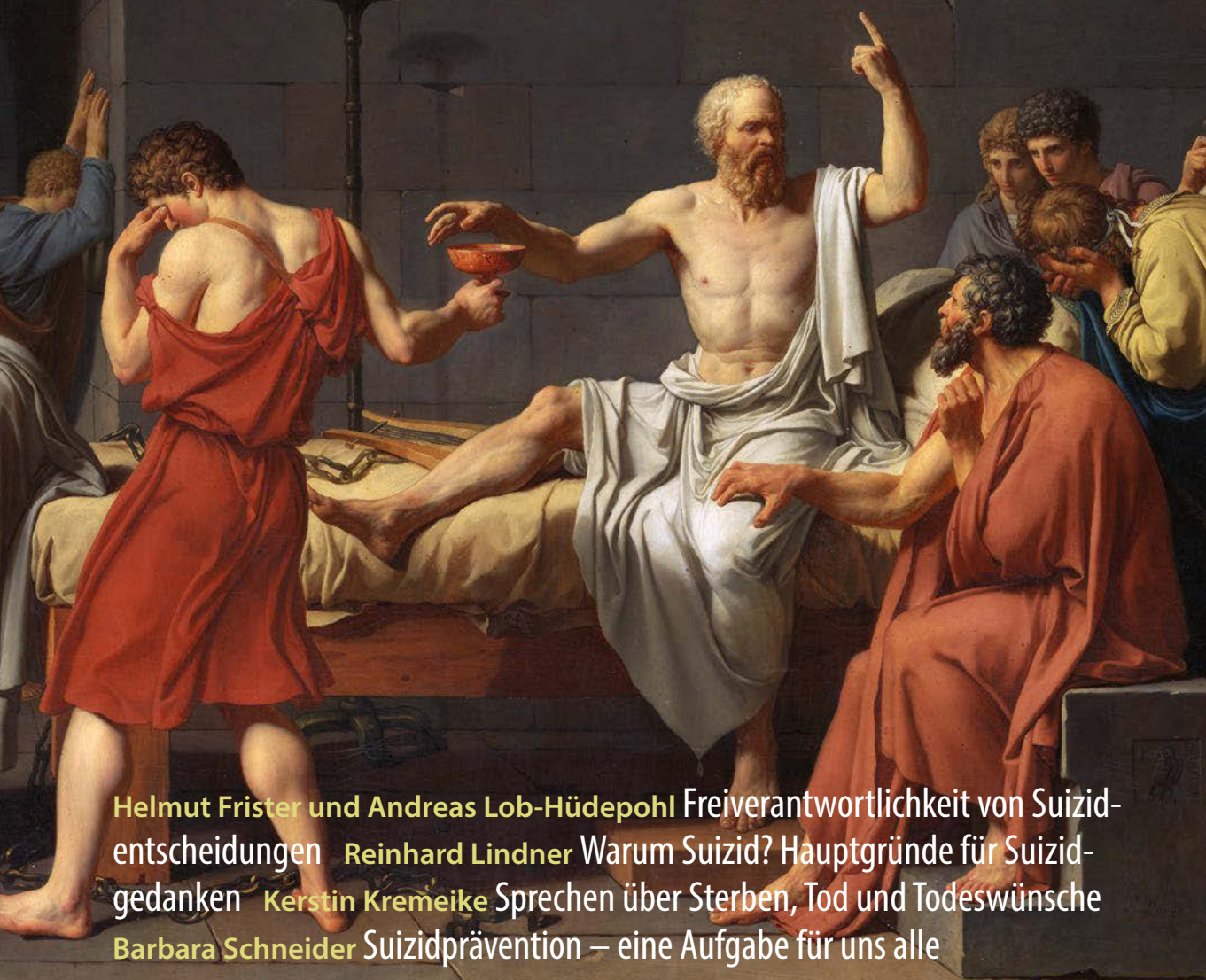


# Leidfaden

FACHMAGAZIN FÜR KRISEN, LEID, TRAUER

## Der selbstgeplante Tod

Vom Sterbewunsch  
zum assistierten Suizid



Helmut Frister und Andreas Lob-Hüdepohl Freiverantwortlichkeit von Suizid-  
entscheidungen Reinhard Lindner Warum Suizid? Hauptgründe für Suizid-  
gedanken Kerstin Kremeike Sprechen über Sterben, Tod und Todeswünsche  
Barbara Schneider Suizidprävention – eine Aufgabe für uns alle

# EDITION LEIDFADEN

## BEGLEITEN BEI KRISEN, LEID, TRAUER



Roland Kachler  
**Verlustskripte –  
verstehen und  
lösen**

Ein neuer Schlüssel  
für die Trauerarbeit

2022. 153 Seiten, kart.  
€ 18,00 D  
ISBN 978-3-525-40525-3

Der Tod eines nahen Menschen aktiviert unbewusste Einstellungen gegenüber Verlusterfahrungen, der eigenen Trauer und auch gegenüber der weitergehenden inneren Beziehung zum Verstorbenen. Solche Verlustskripte zu identifizieren und mit ihnen umzugehen sind essenziell für die Arbeit mit Trauernden.



Nicole Friederichsen /  
Stefan Springfeld  
**Fundraising in  
der Hospiz- und  
Trauerarbeit –  
ein Praxisbuch**

2., korr. Auflage 2024.  
119 Seiten mit 22 Abb. und  
Download-Material., kart.  
€ 20,00 D  
ISBN 978-3-525-40050-0

Das Gute liegt oft näher, als wir denken. In diesem praxisorientierten Buch finden sich eine Menge Ideen und Anregungen, um Spenden und Ressourcen für gemeinnützige Organisationen im Bereich Hospiz und Palliative Care zu generieren.



Katharina Kautzsch  
**Geborgenheits-  
erleben in Krisen,  
Leid und Trauer**

Tröstend und heilsam  
begleiten

2024. 153 Seiten mit  
5 Abb., kart.  
€ 20,00 D  
ISBN 978-3-525-40828-5

Eine tiefe Sehnsucht nach Geborgenheit haben insbesondere Menschen, denen diese primäre Erfahrung fehlt. Das Buch vermittelt beraterische und therapeutische Möglichkeiten, wie im Erwachsenenalter dieses Defizit überwunden werden kann.



Alle Bände sind auch als E-Book erhältlich.  
[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

## Der selbstgeplante Tod

### Vom Sterbewunsch zum assistierten Suizid

Liebe Leser:innen,

bereits im Jahr 2014 hat sich der *Leidfaden* im Heft 4 mit dem Suizid unter dem Titel »Aus-Weg-Los!?!« beschäftigt. Zehn Jahre später erscheint uns das Thema erneut so wichtig, dass ihm auch die vorliegende Ausgabe gewidmet ist. Insbesondere die Urteile der obersten Gerichtshöfe sowohl in Österreich wie in Deutschland kurz hintereinander zum Recht auf assistierten Suizid und die seitdem neu entfachten Diskussionen und Versuche, neue gesetzliche Beschränkungen zu schaffen, stellen auch die Hospiz- und Palliativszene vor besondere Herausforderungen.

Dass Menschen mit schweren und lebensbegrenzenden Erkrankungen den Tod wünschen und dem Ende des Leidens entgegensehnen, ist nicht neu. Der Umgang mit Sterbewünschen gehört zu den Grundfertigkeiten von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen.

Allerdings sahen sich die nationalen und internationalen Fachverbände der Hospiz- und Palliativversorgung im Lauf der Jahre, zum Beispiel mit der Legalisierung der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden, Belgien und einer ständig zunehmenden Zahl von weiteren Ländern, immer mehr mit abweichenden Positionen konfrontiert, bis hin zu dem Vorschlag, dass Suizidhilfe und Tötung auf Verlangen als eine Option in der Palliativversorgung angeboten werden sollten.

Dame Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung, verwendete den Begriff »expectation of courage«. Sie meinte damit, dass es angebracht ist, die Menschen, die wir begleiten, als mutige Menschen zu betrachten. Doch wie gehen wir damit um, wenn Wünsche und Entscheidungen von diesen uns anvertrauten mutigen Menschen so sehr von unserem Grundverständnis unseres Handelns abweichen? Wenn diese Entscheidungen uns selbst vielleicht mit der eigenen Angst konfrontieren, uns hilflos und unsicher machen? Wenn ethische Fragen im Raum stehen und selbst Einrichtungen ins Wanken geraten, weil sie nicht wissen, wie sie mit dem assistierten Suizid umgehen sollen? Kann es einrichtungsspezifische Richtlinien, Haltungen oder rote Li-

nien beim Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz geben? Die Fragen nach Schutzkonzepten, die für sterbewillige Menschen, deren Zugehörigen und auch für die in den jeweiligen Bereichen Tätigen benötigt werden, und viele weitere stehen im Raum.

Wir haben uns bemüht, verschiedene Perspektiven abzubilden, ohne dabei belehrend sein zu wollen oder bestimmte Positionen als richtig oder falsch darzustellen. Es scheint unmöglich, alle Blickwinkel und Denkmodelle zu diesem Thema in einem Heft abzubilden. Hier kommen unter anderem die Philosophie, die Suizidprävention, die juristische Betrachtung, verschiedene Erfahrungen und Sichtweisen unterschiedlicher Berufsgruppen, aber auch Betroffene selbst zu Wort. Einige Artikel wirken vielleicht irritierend oder sogar verstörend, andere eventuell zu theoretisch oder zu sehr meinungsgeprägt. Wichtig erscheint uns, dass die Unterschiedlichkeit der Meinungen und Positionen, wie wir sie auch unter uns als Herausgeber erlebt haben, nicht zu einer Polarisierung oder gar Spaltung führen, sondern wir den Versuch unternehmen sollten, ganz im Sinne der Hospizidee die Vielfältigkeit zu würdigen und auch den Dissens aushalten können.

Als Beilage in diesem Heft finden Sie auch eine Handreichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Diese Broschüre kann auch auf der Website der DGP heruntergeladen werden (<https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-veroeffentlichungen/broschueren.html>) und ist als »living document« angelegt, was bedeutet, dass jede:r ergänzende Anregungen dafür an die DGP senden kann, welche dann in Abständen von sechs Monaten in die Empfehlungen eingearbeitet werden können.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen viele Anregungen, die zur weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema hoffentlich hilfreich sind.



Heiner  
Melching



Lukas  
Radbruch



Rainer  
Simader

## Inhalt

- 1** Editorial
- 4** Rainer Simader, Lukas Radbruch, Stefan Maeder  
**Rechtliche Rahmenbedingungen des assistierten Suizids in Österreich, Deutschland und der Schweiz**
- 9** Angelika Feichtner  
**Vom Wunsch zu sterben**
- 12** Helmut Frister und Andreas Lob-Hüdepohl  
**Freiverantwortlichkeit von Suizidentscheidungen**
- 16** Torsten Verrel im Interview mit Lukas Radbruch  
**»Ein bisschen offener« – Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts und seine Folgen**
- 20** Reinhard Lindner  
**Warum Suizid? Hauptgründe für Suizidgedanken**
- 25** Galia Assadi  
**Der assistierte Suizid als Beziehungsgeschehen – Careethische Impulse zum gelingenden Umgang mit assistiertem Suizid**
- 30** Helena Armbrrecht  
**Bei uns wird heute nicht gestorben – Sterbewünsche und assistierter Suizid in der stationären Altenpflege**
- 33** Barbara Schneider  
**Suizidprävention – eine Aufgabe für uns alle**
- 38** Alex Scherg  
**Tausend gute Gründe – Das Gewicht der Verantwortung**
- 43** Anke Links  
**Die letzte Reise meiner Oma – Reisebericht einer Enkeltochter**

### Achtung

Im vorliegenden Heft werden Suizid und Suizidwunsch thematisiert, was beunruhigend wirken kann. Bitte entscheiden Sie selbst, ob Sie sich mit allen Beiträgen auseinandersetzen möchten.

Wenn Sie selbst darüber nachdenken, sich das Leben zu nehmen, oder mit jemandem reden möchten – hier finden Sie Hilfe: Die Telefonseelsorge ist anonym, kostenlos und rund um die Uhr erreichbar.

Deutschland: Telefonnummern 0800/111 0 111 und 0800/111 0 222

Österreich: Telefonnummer 142

Schweiz: Telefonnummer 143



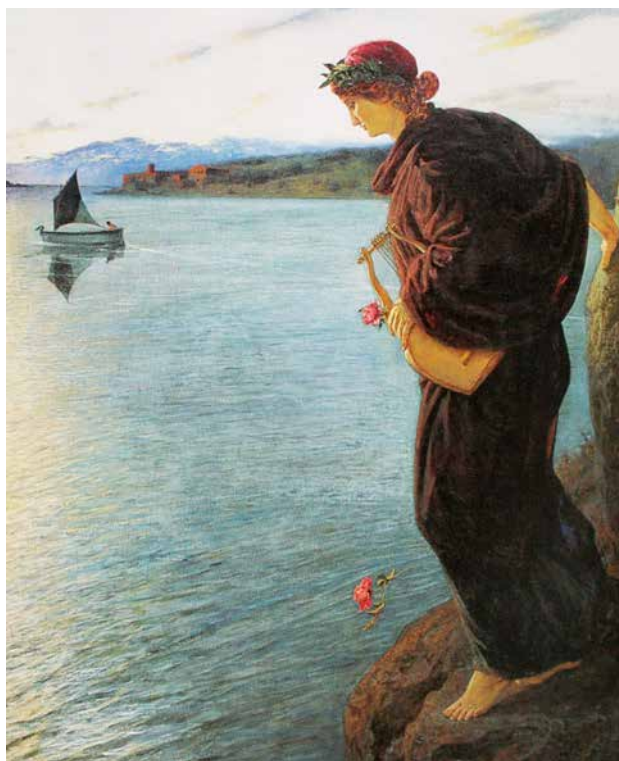
25 Galia Assadi | Der assistierte Suizid als Beziehungsgeschehen

30 Helena Armbrrecht | Bei uns wird nicht gestorben





- 47** Arne Manzeschke  
**Assistierter Suizid – Drum prüfe sich, wer hier löst!**
- 51** Brigitte Loder-Fink  
**Lebensmüde im hohen Alter – Wenn sinnvolles Handeln im Alltag verlorengeht**
- 55** Andrea W.  
**Kritische Gedanken einer Betroffenen zur Diskriminierung psychisch Kranker in der aktuellen Sterbehilfedebatte**
- 59** Kerstin Kremeike  
**Sprechen über Sterben, Tod und Todeswünsche**
- 62** Chris Paul  
**Assistierter Suizid – Trauer nach einer Möglichkeit des menschlichen Handelns**
- 67** Andrea Gasper und Andrea von Schmude  
**»Ich mache jetzt einfach Schluss!« – Ethikberatungen zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) bei Menschen ohne lebensbegrenzende Erkrankung**
- 72** Petra Mayer und Martina Kern  
**Wir können uns nicht nicht verhalten – An- und Herausforderungen für Organisationen des Gesundheitswesens im Umgang mit assistiertem Suizid**
- 77** Olivia Mitscherlich-Schönherr  
**Kann Suizid ein Sterben in Selbstliebe sein? Plädoyer für eine differenzierte Betrachtung**
- 83** Emmanuel Luyirika und Eve Namisango  
**Warum ein vorzeitiges Sterben oder Suizidassistenz in weiten Teilen Afrikas nicht Teil der Palliativversorgung sein kann**
- 87** Aus der Forschung: So oder so – Suizid mit oder ohne Assistenz
- 90** Fortbildung: Haltung kommt von Halt – Workshops zu Wünschen nach Suizidassistenz – ein kurzer Werkstattbericht
- 93** Rezensionen
- 96** Verbandsnachrichten
- 100** Cartoon | Vorschau
- 101** Impressum
- 77** Olivia Mitscherlich-Schönherr | Kann Suizid ein Sterben in Selbstliebe sein?



# Rechtliche Rahmenbedingungen des assistierten Suizids in Österreich, Deutschland und der Schweiz

Rainer Simader, Lukas Radbruch, Stefan Maeder

Sowohl in Österreich, in Deutschland als auch in der Schweiz ist assistierter Suizid möglich. Die gesetzlichen Voraussetzungen sind in den drei Län-

dern allerdings unterschiedlich. In diesem Artikel möchten wir Sie auf den aktuellen Stand der gesetzlichen Grundlagen bringen (Stand Juli 2024).

---

## Österreich

Rainer Simader

Der Verfassungsgerichtshof hat Ende 2020 entschieden, dass es verfassungswidrig ist, jede Art der Hilfe zur Selbsttötung ausnahmslos zu verbieten, da dies gegen das Recht auf Selbstbestimmung verstößt. Mit 1. Januar 2022 ist das so genannte Sterbeverfügungsgesetz in Kraft getreten. Das Gesetz regelt vor allem die Voraussetzungen zur Errichtung einer wirksamen Sterbeverfügung (für die juristische Dokumentation) und die Abgabe des letalen Präparats. Der Verfassungsgerichtshof hat im Zuge dieser Entscheidung auch festgehalten, dass gesetzgeberische und sonstige staatliche Maßnahmen notwendig sind, um allen Personen einen Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung zu ermöglichen; mit anderen Worten also, dass die Hospiz- und Palliativversorgung weiter auszubauen ist.

### Voraussetzungen

Die suizidwillige Person muss an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit oder an einer schweren, chronischen Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensfüh-

rung dauerhaft beeinträchtigen. In beiden Fällen muss die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringen.

Zudem muss die Person zum einen volljährig und entscheidungsfähig sein und zum anderen ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Lebensmittelpunkt) in Österreich haben oder die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. Die Errichtung der Sterbeverfügung kann nur höchstpersönlich erfolgen, das heißt ausschließlich durch die sterbewillige Person selbst (nicht durch eine Vertretung). Der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, muss frei und selbstbestimmt gefasst werden, was ärztlich zu begutachten ist.

Damit die Person die Sterbeverfügung bei einem Notar oder einer Notarin errichten kann, müssen zwei ärztliche Gutachten eingeholt werden, wobei eine:r der Ärzt:innen eine palliativmedizinische Ausbildung haben muss. Diese Ärzt:innen klären die sterbewillige Person auf (zum Beispiel über mögliche Behandlungs- oder Handlungsalternativen, insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen) und stel-

Suizid

»Suizid ist die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens« (Wikipedia-Eintrag »Suizid«).

Alternative Bezeichnungen wie Freitod, Selbsttötung oder Selbstmord sollten nicht verwendet werden, weil sie entweder positiv oder negativ konnotiert sind.

len in ihren Gutachten fest, dass die sterbewillige Personen frei entscheidet und die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind. Sollte sich im Rahmen der ärztlichen Aufklärung jedoch ein Hinweis darauf ergeben, dass bei der sterbewilligen Person eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, deren Folge der Wunsch zur Beendigung ihres Lebens sein könnte, ist vor den ärztlichen Gutachten die Abklärung dieser Störung (einschließlich einer Beratung) durch einen/e klinische/n Psychologen/Psychologin oder Psychotherapeuten/Psychotherapeutin zu veranlassen. Frühestens nach einer zwölfwöchigen Frist, gerechnet ab der ersten ärztlichen Aufklärung (beziehungsweise zweiwöchigen Frist, falls die erkrankte sterbewillige Person an einer unheilbaren, zum Tod führenden Erkrankung leidet und in der terminalen Phase der Erkrankung ist), kann die Sterbeverfügung bei einem Notar/einer Notarin errichtet werden.

Im Anschluss daran kann die sterbewillige Person die todbringende Substanz in einer Apotheke abholen oder abholen lassen, sofern dies in der Sterbeverfügung vorgesehen ist. Üblicherweise handelt es sich bei der Substanz um Natrium-Pentobarbital. Die Ausführung des Suizids erfolgt im privaten Rahmen. Das Werben mit der Hilfeleistung ist verboten. Darüber hinaus ist es verboten, sich für die Hilfeleistung wirtschaftliche Vorteile versprechen zu lassen oder anzunehmen, die über den Ersatz des nachgewiesenen Aufwands hinausgehen.

Die sterbewillige Person kann eine oder auch mehrere Personen, die beim Suizid Hilfe leisten, in der Sterbeverfügung angeben. Die lebensbeendende Maßnahme muss jedoch die sterbewillige Person selbst durchführen.

Hervorzuheben ist auch, dass niemand zur Hilfeleistung verpflichtet werden kann; die Hilfeleistung erfolgt stets freiwillig.

**Fazit und Ausblick**

Die österreichische Regelung bedeutet, dass die sterbewillige Person den assistierten Suizid, wo auch immer, wann auch immer und mit oder ohne Unterstützung einer anderen Person durchführen darf. In der von der Österreichischen Palliativgesellschaft eingerichteten Berichtsdatenbank ASCIRS (<https://www.ascirs.at/>) können und sollen in Österreich durchgeführte, abgebrochene und angefragte assistierte Suizide anonym gemeldet werden. Auf dieser Datengrundlage sollen weitere präventive Maßnahmen geplant und entwickelt werden.

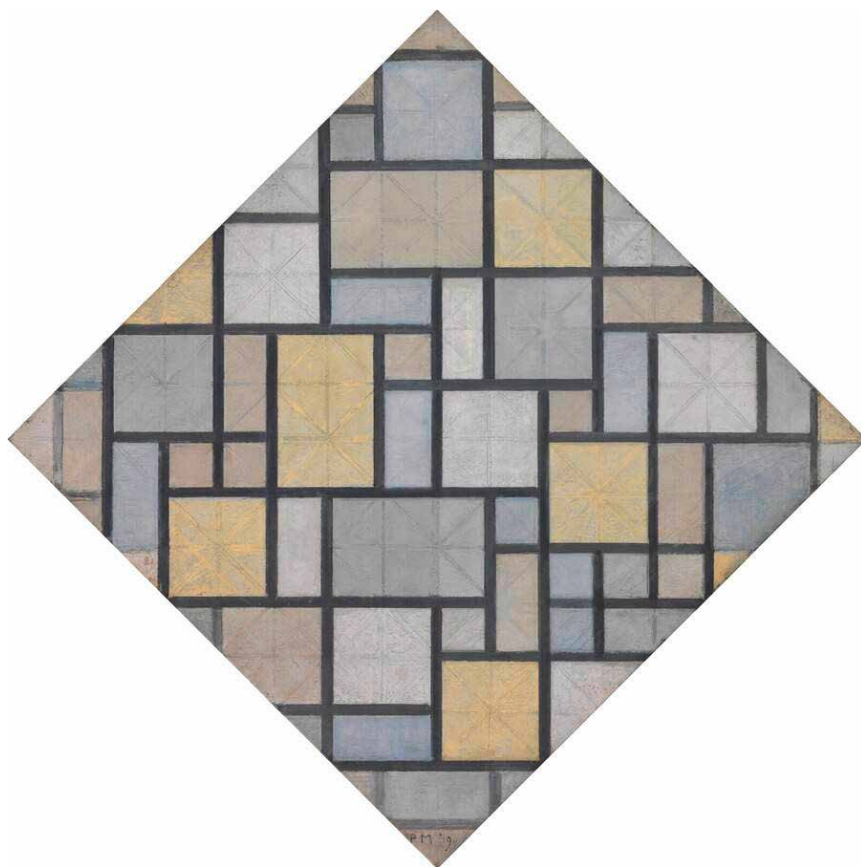
## Deutschland

Lukas Radbruch

**Strafrecht**

Im deutschen Strafrecht ist Suizid nicht strafbewehrt. Auch die Beihilfe zum Suizid war bis 2015 keine Straftat. Mit der Gründung einzelner Sterbehilfevereine in Deutschland sah der Gesetzgeber hier aber Handlungsbedarf und verab-

schiedete im Dezember 2015 das Gesetz zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB). Nach mehreren Klagen gegen das Gesetz wurde im Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht der § 217 als verfassungswidrig erklärt.



Piet Mondrian, Compositie met raster 5 – ruit, compositie met kleuren, 1919

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts sieht keine Reichweitenbeschränkung vor, also zum Beispiel Suizidhilfe nur für Schwerstkranke. Die Verfassungsrichter:innen bestätigen ein Grundrecht der Menschen zum selbstbestimmten Sterben, das auch ein Recht einschließt, sich das Leben zu nehmen, und dafür auch das Recht auf Inanspruchnahme von Hilfe beim Suizid beinhaltet. In der Urteilsbegründung wird ausgeführt, dass »das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben (...) insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt« sei. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive würde auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen hinauslaufen und

auf eine inhaltliche Vorbestimmung, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd sei.

Die Verfassungsrichter:innen sprachen dem Gesetzgeber aber durchaus eine staatliche Schutzpflicht zugunsten der Selbstbestimmung und des Lebens zu. Es stünde dem Gesetzgeber frei, ein prozedurales Sicherungskonzept zu entwickeln oder auch besonders gefahrenträchtige Erscheinungsformen der Suizidhilfe zu verbieten. Es könnten auch je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden.

Eine (straf-)gesetzliche Neuregelung steht nach diesem Urteil noch aus. Im Juli 2023 wurden zwei Gesetzesvorschläge im Bundestag vorgelegt, die sich in ihren Regelungen stark unterschieden, aber beide keine Mehrheit fanden. Ein gemein-



samer Antrag zur Förderung der Suizidprävention wurde hingegen vom Bundestag mit breiter Mehrheit angenommen.

Derzeit ist eine (ärztliche) Suizidhilfe also keine Straftat. Sobald die Tatherrschaft nicht mehr beim betroffenen Menschen, sondern beim Helfer oder bei der Helferin liegt (zum Beispiel durch Einflößen oder Injektion einer tödlichen Substanz), handelt es sich allerdings um eine Tötung auf Verlangen, die strafbar ist (§ 216 StGB).

Bei dem Suizid einer/eines Patient:in in psychiatrischer Behandlung kann mit dem Verdacht auf fahrlässige Tötung (§ 222 StGB) eine strafrechtliche Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft ausgelöst werden.

### Ärztliches Berufsrecht

Im ärztlichen Berufsrecht ist die Hilfe zum Suizid nicht untersagt. Der Ärztetag hat im Mai 2021 die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer geändert, indem die Aussage in § 16 »Ärztinnen und Ärzte (...) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten« gestrichen wurde. Diese Formulierung ist zwar noch in der Berufsordnung der Landesärztekammer Nordrhein enthalten, jedoch ist dieser Paragraf nach Auskunft der Landesärztekammer durch Beschluss ausgesetzt, so dass die ärztliche Suizidassistenz von der Landesärztekammer nicht berufsrechtlich verfolgt wird. Es ist noch nicht abzusehen, ob die Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein zum Beispiel nach einer neuen Gesetzgebung zur Suizidassistenz geändert werden wird.

Bei einem Suizid oder Suizidversuch einer oder eines Patient:in in psychiatrischer Behandlung

besteht außer der strafrechtlichen Verfolgung auch die Möglichkeit einer Klage auf Schadenersatz (§ 823, § 844 BGB) wegen eines Behandlungsfehlers (§ 630h BGB).

### Betäubungsmittelrecht

Für die Suizidhilfe wird in anderen Ländern in der Regel die Verordnung einer hohen Dosis von Betäubungsmitteln eingesetzt, in erster Linie Barbiturate wie Pentobarbital oder Secobarbital. Den Sachstand zu Medikamenten zur Selbsttötung legte der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages in 2020 vor.<sup>1</sup>

Nach § 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) dürfen solche Substanzen aber nur im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung eingesetzt werden. Die Suizidhilfe ist keine ärztliche Behandlung, so dass das Ausstellen eines Betäubungsmittelrezepts über eine entsprechende Menge Barbiturat gegen das BtMG verstößt und folglich strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte.

In Deutschland werden deshalb für die Suizidbeihilfe Substanzen genutzt, die nicht dem BtMG unterstehen. Dazu gehören nicht-BtM-pflichtige Barbiturate wie Thiopental oder Phenobarbital oder andere Substanzen wie Chloroquin.

### Ethische Perspektive

Stellungnahmen zu Suizidalität und Suizidassistenz wurden unter anderem von der Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften<sup>2</sup> und dem Deutschen Ethikrat<sup>3</sup> vorgelegt.

---

## Schweiz

Stefan Maeder

Suizid und Suizidversuch sind in der Schweiz straflos. Nach den allgemeinen Regeln ist auch die Hilfe zu einer straflosen Tat straflos. Von dieser

allgemeinen Regel hat der Gesetzgeber allerdings schon 1942 eine spezifische Ausnahme geschaffen: Die Verleitung und die Beihilfe zum Suizid

sind nach Artikel 115 StGB strafbar, wenn dabei aus selbstsüchtigen Beweggründen gehandelt wird. Fehlen solche Gründe, bleibt die Suizidhilfe zulässig – weitere Voraussetzungen für die Zulässigkeit, wie etwa Krankheit oder Leiden der suizidalen oder achtenswerte Beweggründe der assistierenden Person, sieht das Strafgesetz nicht vor.

Damit von einem Suizid im strafrechtlichen Sinne ausgegangen werden kann, muss die sterbewillige Person das zum Tod führende Geschehen aufgrund einer eigenverantwortlichen Entscheidung auslösen und beherrschen. Sie muss also urteilsfähig sowie frei von Irrtum und Zwang sein und den letzten entscheidenden Schritt selbst vornehmen. Liegen die Voraussetzungen eines solchen eigenverantwortlichen Suizids nicht vor, kann sich die assistierende Person unter Umständen wegen eines vorsätzlichen oder fahrlässigen Tötungsdelikts strafbar machen.

Die selbstsüchtigen Beweggründe können materieller (etwa Antritt des Erbes, Entlastung von Unterhaltungspflichten) oder affektiver Art sein (etwa Hass oder Rache; bloße Gleichgültigkeit genügt indes nicht). Die Entgegennahme von Zahlungen eines Suizidenten an eine sogenannte Sterbehilfeorganisation zur Deckung administrativer Kosten oder Spesenentschädigungen im Rahmen der Freiwilligenarbeit etc. bedeutet regelmäßig keine selbstsüchtigen Beweggründe. Bei darüberhinausgehenden Zahlungen besteht mangels Rechtsprechung Unklarheit.

Nach der Rechtsprechung gibt es keinen Anspruch auf Beihilfe zum Suizid durch den Staat oder durch Dritte (inklusive Ärzteschaft) und auch keinen Anspruch auf rezeptfreien Zugang zum im Rahmen des assistierten Suizids üblicherweise verwendeten Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital. Kontrovers diskutiert wird, inwiefern die ärztliche Verschreibung von Natrium-Pentobarbital an sich rechtlich zulässig ist. Das Schweizerische Bundesgericht hat vor Kur-

zem entschieden, dass die Verschreibung an eine sterbewillige urteilsfähige gesunde Person jedenfalls weder gegen das Heilmittel- noch gegen das Betäubungsmittelgesetz verstößt (allerdings muss die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten zuvor selbst untersucht haben). Da es in diesem Urteil nur um die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes ging, blieb die Frage offen, ob die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital möglicherweise gegen das ärztliche Berufsrecht verstoßen könnte. Dabei ist insbesondere die Bedeutung der medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (eine privatrechtliche Stiftung) für die Auslegung oder Konkretisierung ärztlicher Berufspflichten umstritten.



© Christian Kaufmann

**Rainer Simader** ist Seminar- und Workshopleiter, Moderator, Dozent, Autor in Wien, Leiter des Bildungswesens des Dachverbandes Hospiz Österreich und Vorstandsmitglied der Österreichischen Palliativgesellschaft.

Kontakt: simaderr@gmail.com



Prof. Dr. med. **Lukas Radbruch** ist Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Bonn und Leiter des Zentrums für Palliativmedizin am Helios Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg.

Kontakt: Lukas.Radbruch@ukbonn.de



Prof. Dr. jur. **Stefan Maeder** ist Professor für Strafrecht und Strafprozessrecht an der Universität Freiburg i. Üe. (Schweiz).

Kontakt: stefan.maeder@unifr.ch

#### Anmerkungen

- 1 <https://www.bundestag.de/resource/blob/706148/0b81480f8b72ef011e73d02d928d5366/%20WD-9-020-20-pdf-data.pdf>.
- 2 <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/neuregelung-des-assistierten-suizids-ein-beitrag-zur-debatte-2021/>.
- 3 <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>.

## Vom Wunsch zu sterben

Angelika Feichtner

Sterbewünsche aufgrund von krankheitsbedingten Leiderfahrungen sind kein neues Phänomen, schon antike und alttestamentarische Überlieferungen berichten von Wünschen nach einem baldigen Tod oder nach Selbsttötung. Durch die Auseinandersetzung mit der nun legalen Suizidbeihilfe hat die Sensibilität professionell Betreuender für Sterbewünsche der Patient:innen zugenommen. Zugleich besteht aber oft noch Unsicherheit, wie diesen Sterbewünschen adäquat begegnet werden kann.

Bei einer schweren, unheilbaren Erkrankung mit belastenden Symptomen stellen sich unweigerlich Sinnfragen und auch Überlegungen zum Wert des eigenen Lebens. Dabei kann das erlebte Leid so überwältigend sein, dass die Beendigung des Lebens zumindest phasenweise als einzig möglicher Ausweg erscheint. Anders als bei einer akuten Suizidalität besteht bei Sterbe- und meist auch bei Suizidwünschen kein Handlungsdruck.

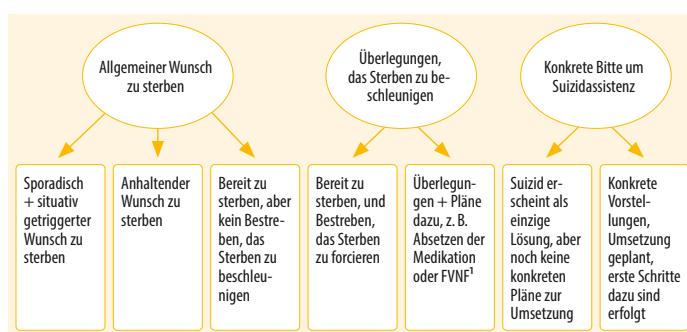
### Sterbewünsche – eine normale Reaktion auf intensives Leid

Sterbe- und Suizidwünsche stellen eine normale Reaktion auf das erlebte Leid dar. Sie sind Ausdruck einer dramatischen Überforderung. Meistens bedeuten sie nicht, dass sich die Patient:innen den Tod wünschen, sondern dass sie an die Grenze des Ertragbaren gekommen sind und unter den momentanen oder künftigen, gefürchteten Bedingungen nicht mehr leben wollen oder können.

Sterbe- und Suizidwünsche werden oft nur zögerlich mitgeteilt, manchmal auch in metaphorischer oder verschlüsselter Form. Die meisten Sterbewünsche sind unbeständig und fluktuierend, abhängig von der Intensität der momentanen Leiderfahrung. Besonders häufig werden Sterbewünsche während pflegerischer Handlungen geäußert, dann, wenn die krankheitsbedingten Verluste und Einschränkungen von den Patient:innen besonders bewusst und schmerzlich wahrgenommen werden. Ein Sterbewunsch kann sich auch wieder verändern, wenn es gelingt, die Belastung für den Patienten, für die Patientin zu reduzieren.

Es ist daher zwischen einem vorübergehenden, situativ ausgelösten Wunsch zu sterben und einem dauerhaften, anhaltenden Sterbewunsch zu unterscheiden. Das Spektrum reicht vom allgemeinen Wunsch, der Tod möge eher kommen, über den Wunsch, das eigene Sterben zu beschleunigen, bis hin zur (vielleicht präventiven) Anfrage um Suizidassistentz. Damit wird deutlich, dass auch jeder assistierte Suizid seinen Anfang in einem Sterbewunsch nimmt (Streeck 2015).

### Mind Frames zu Sterbe- und Suizidwünschen



(Grafik modifiziert nach Schroepfer 2006)

Es besteht eine enge Verbindung zwischen den Phänomenen des assistierten Suizids mit dem Sterbewunsch, es handelt sich also nicht um gänzlich unterschiedliche Phänomene. Das dargestellte Modell ist jedoch nur bedingt im Sinne einer linearen Entwicklung zu verstehen, es soll vielmehr das Kontinuum vom spontan auftretenden Sterbewunsch bis hin zum assistierten Suizid aufzeigen. Daher ist es wichtig, Sterbewünsche möglichst frühzeitig zu erfassen und zu verstehen, welche Belastungen, Ängste oder Nöte ihnen zugrunde liegen. Befürchtungen, dass das Ansprechen möglicher Sterbewünsche für die Patient:innen als belastend erlebt werden, haben sich als unbegründet erwiesen (Porta-Sales et al. 2019).

Ein allgemeiner Sterbewunsch beruht im Wesentlichen auf der Akzeptanz des Sterbens und er ist nicht mit Bestrebungen verbunden, diesen Prozess zu forcieren. Es besteht kein Handlungsdruck. Allerdings kann sich ein allgemeiner Sterbewunsch auch zu einer suizidalen Krise und hin zum Wunsch nach Suizidbeihilfe entwickeln.

Die Reaktion der ersten Adressat:innen auf die Mitteilung eines Sterbewunsches kann entscheidend dafür sein, wie sich dieser Wunsch

weiterentwickelt. Sind Betreuende aufgrund von Unsicherheit nicht zu Gesprächen über den Sterbe- oder Suizidwunsch bereit, befinden sich die Patient:innen in einer einsamen Situation, was zu einer Intensivierung des Sterbewunsches beitragen kann.

Bereits die Gespräche über einen mitgeteilten Sterbewunsch können eine Entlastung der Patient:innen bewirken. Zugleich bieten sie die Möglichkeit, mehr über die Hintergründe der Sterbe- oder Suizidwünsche zu erfahren und zu verstehen, was die Ursache der momentanen Verzweiflung ist. Daher gilt auch das proaktive Ansprechen möglicherweise bestehender Sterbe- oder Suizidwünsche als durchaus sinnvolle Intervention, nicht zuletzt auch im Sinne einer Prävention.

*Es gilt der Grundsatz: Daran denken, danach fragen, darüber sprechen.*

Das Wissen um die Möglichkeit, seinem Leben ein Ende zu setzen, kann erleichternd sein, ohne diese Option tatsächlich in Anspruch zu nehmen (Kremeike, Boström und Voltz 2024). Sich gedanklich mit einer möglichen Beschleunigung des

*Wenn Patient:innen einen Sterbe- oder Suizidwunsch anvertrauen, ist das eine Situation, die höchste Aufmerksamkeit und Zuwendung erfordert. Es geht um das Wahrnehmen und Würdigen dieses Wunsches, um achtsames Zuhören, Nachfragen und darum, die Hintergründe des Sterbewunsches zu erfassen.*



Sterbens oder auch mit einem Suizid auseinanderzusetzen, kann eine entlastende Funktion haben und bereits einen Teil der Bewältigung darstellen.

### Mitteilung von Sterbewünschen auf einer Basis des Vertrauens

Wenn Patient:innen einen Sterbe- oder Suizidwunsch anvertrauen, ist das eine Situation, die höchste Aufmerksamkeit und Zuwendung erfordert. Es geht um das Wahrnehmen und Würdigen dieses Wunsches, um achtsames Zuhören, Nachfragen und darum, die Hintergründe des Sterbewunsches zu erfassen. Jegliches Bagatellisieren, »Trösten« und vorschnelle Lösungen sind zu vermeiden.

Die Gespräche müssen ergebnisoffen geführt werden, sie erfordern eine grundsätzlich wertschätzende Haltung den Patient:innen gegenüber, Wissen um die Komplexität dieser Wünsche und auch eine entsprechende kommunikative Kompetenz. Nach Schulungen der Betreuenden werden die Gespräche über Sterbe- und Suizidwünsche als eine komplexe, aber auch als eine bereichernde Erfahrung beschrieben. Diese Gespräche stär-

ken die Beziehung zwischen den Patient:innen und den Betreuenden und sie tragen damit auch zur Suizidprävention bei (Boström et al. 2022).

Immer ist die Mitteilung eines Sterbe- oder eines Suizidwunsches auch als Ausdruck des Vertrauens zu verstehen. Wenn Patient:innen ihren Wunsch zu sterben, ihren Wunsch, den Sterbeprozess zu forcieren oder auch den Wunsch nach Suizidassistentz mitteilen, so geschieht das im Vertrauen auf eine tragfähige Basis. Patient:innen mit Sterbe- oder Suizidwünschen befinden sich in einer äußerst verletzlichen Situation, sie brauchen die Sicherheit einer verlässlichen, kompetenten und mitfühlenden Betreuung und vor allem auch mitmenschlichen Beistand durch Personen, die ihnen, ohne zu werten, mit Respekt, mit Verständnis und Mitgefühl begegnen.



**Angelika Feichtner** MSc (Palliative Care) war Pflegefachfrau, Dozentin und Referentin im Bereich von Palliative Care und Hospizarbeit. Sie ist Autorin und Mitglied der Ethik-Gruppe der Österreichischen Palliativgesellschaft.

Kontakt: angelika.feichtner@gmx.net

### Anmerkung

- 1 FVET = Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken

### Literatur

- Boström, K.; Dojan, T.; Rosendahl, C.; Gehrke, L.; Voltz, R.; Kremeike, K. (2022). How do trained palliative care providers experience open desire to die conversations? An explorative thematic analysis. In: Palliative and Supportive Care, S. 1–9.
- Kreimeike, K.; Boström, K.; Voltz, R. (2024). Sterben als einziger Ausweg – wie Todeswünschen begegnen? In: Die Onkologie, 30 (S1), S. 25–31.
- Porta-Sales, J.; Crespo, I.; Monforte-Royo, C.; Marín, M.; Abenia-Chavarria, S.; Balaguer, A. (2019). The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross-sectional study. In: Palliative Medicine, 33 (6), S. 570–577.
- Schroepfer, T.A. (2006). Mind frames towards dying and factors motivating their adoption by terminally ill elders. In: The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 61 (3), S129–139.
- Streeck, N. (2015). Medizinethisch-empirische Zugänge. In: Hilpert, K.; Sautermeister, J. (Hrsg.) Selbstbestimmung, auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid (S. 17–30). Herder.



frau.L./photocase.de

# Freiverantwortlichkeit von Suizidentscheidungen<sup>1</sup>

Helmut Frister und Andreas Lob-Hüdepohl

## Vorbemerkungen

Die Unterscheidung freiverantwortlicher und nicht freiverantwortlicher Entscheidungen ist für die Bewertung von Suizid und Suizidassistenz von zentraler Bedeutung. Freiverantwortliche Suizidentscheidungen sind – auch wenn dies zu Recht nicht leichtfällt – im Letzten ethisch wie rechtlich zu respektieren. Dementsprechend darf ein freiverantwortlicher Suizid nicht durch die Anwendung von Zwang verhindert, sondern sollte sogar unterstützt werden. Vor nicht freiverantwortlichen Suizidentscheidungen sind die Betroffenen dagegen unbedingt zu schützen. Ein nicht freiverantwortlicher Suizid darf nicht unterstützt werden und er ist notfalls auch durch Zwang zu verhindern.

Diese zentrale Funktion der Kategorie der Freiverantwortlichkeit ist durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 prominent herausgestellt worden, war aber im Grundsatz bereits vorher ethisch und rechtlich anerkannt. Aus ihr ergibt sich unter anderem, dass die Unterstützung eines nicht freiverantwortlichen Suizids als eine Fremdtötung zu bewerten ist, die als fahrlässige Tötung (§ 222 StGB), als Totschlag (§ 212 StGB) oder sogar als Mord (§ 211 StGB) strafbar sein kann. An dieser rechtlichen Bewertung würde sich auch bei einer möglichen gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz nichts ändern.

Zwei Urteile der Landgerichte in Essen und Berlin Anfang 2024 haben eindrucksvoll belegt, dass die Bewertung der Unterstützung nicht freiverantwortlicher Suizide als Fremdtötung keine graue Theorie ist, sondern praktische Bedeutung

hat. In beiden – in den Einzelheiten durchaus unterschiedlich gelagerten – Fällen hatten Ärzte den Suizid psychisch erkrankter Personen unterstützt. Beide Ärzte wurden wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren verurteilt, weil die jeweilige Suizidentscheidung nicht freiverantwortlich gewesen sei und die Ärzte dies als möglich erkannt und in Kauf genommen hätten. Die Urteile sind zwar noch nicht rechtskräftig. Sie unterstreichen aber die Notwendigkeit, zur Gewährleistung hinreichender Rechtssicherheit die Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit von Suizidentscheidungen so präzise wie möglich zu bestimmen.

## Begriff und Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit

### *Freiverantwortlichkeit als normativ hinreichende Selbstbestimmung*

Der Begriff der Freiverantwortlichkeit wird auch außerhalb der Diskussion über Suizid und Suizidassistenz verwendet. Er bezeichnet das Maß an Selbstbestimmtheit einer Entscheidung, das erforderlich ist, um die Entscheidung als Ausübung eines der Person zustehenden Selbstbestimmungsrechts vorbehaltlos anerkennen zu können. Dieses Maß lässt sich nicht empirisch feststellen, sondern nur normativ bestimmen. Maßgeblich ist neben der Komplexität der zu treffenden Entscheidung insbesondere das Gewicht der sich ergebenden Konsequenzen. Je gravierender diese Konsequenzen für die betreffende Person sind, desto höhere Anforderungen sind an die Freiverantwortlichkeit zu stellen.



Georges Valmier, Le Marin, 1929 / akg-images / WHA / World History ArchWHAive

*Eine Suizidentscheidung ist auch dann eine freiverantwortliche Entscheidung, wenn sie durch eine als unerträglich empfundene Belastung motiviert ist und die betreffende Person ohne diese Belastung gern weiterleben würde.*

Euthanasie

Euthanasie (wörtlich »der gute Tod«) ist ein in anderen Ländern gebräuchlicher Ausdruck für die Tötung auf Verlangen. In Deutschland wird dieser Begriff in der Fachliteratur wie in der öffentlichen Diskussion gemieden wegen der Assoziation zur Verwendung des Begriffs durch die Nationalsozialisten im Dritten Reich, die den Begriff »Euthanasie« zur Tarnung ihrer Vernichtungsprogramme benutzt haben.

Deshalb müssen an die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung besonders hohe Anforderungen gestellt werden. Ein für alltägliche Entscheidungen hinreichendes Maß an Selbstbestimmtheit kann und wird in vielen Fällen nicht ausreichen, um die irreversible Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens zu treffen. Gleichwohl ist bei der Bestimmung des erforderlichen Maßes an Selbstbestimmtheit darauf zu achten, dass die Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung nicht überspannt werden. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben würde ausgehöhlt, wenn Anforderungen gestellt würden, die für das Gros der Menschen gar nicht erfüllbar sind.

*Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit*

Drei Anforderungen müssen freiverantwortliche Suizidentscheidungen genügen:

## (a) Kenntnis entscheidungserheblicher Gesichtspunkte

Welche Gesichtspunkte entscheidungserheblich sind, lässt sich nicht allgemein sagen, sondern hängt von den Gründen ab, aus denen die betreffende Person ihr Leben beenden will. Ist dies – wie in aller Regel – eine besonders belastende Lebenssituation, so gehören zu diesen Gesichtspunkten vor allem die zu erwartende Entwicklung der Belastung und die Möglichkeiten zu deren Beseitigung oder Milderung. Liegt einer Suizidentscheidung beispielsweise eine schwere Erkrankung zugrunde, so setzt die Freiverantwortlichkeit als Erstes voraus, dass die betreffende Person eine zutreffende Vorstellung von der zu erwartenden Entwicklung der Erkrankung und den bestehenden Möglichkeiten hat, sie sowohl kurativ als auch palliativ zu behandeln.

## (b) Hinreichende Selbstbestimmungsfähigkeit

Um das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht

auszuhöhlen, ist bei erwachsenen Personen regelmäßig davon auszugehen, dass sie über die für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung erforderliche Selbstbestimmungsfähigkeit verfügen. Allerdings gibt es für diese Entscheidung ethisch und auch im Gesetz keine fixe Altersgrenze. Dem entsprechend kann es im Einzelfall in der Adoleszenz noch an der notwendigen Selbstbestimmungsfähigkeit fehlen, um irreversibel über die Beendigung des eigenen Lebens entscheiden zu können. Bei Minderjährigen ist die für diese Entscheidung erforderliche geistige Reife in aller Regel noch nicht vorhanden. Ausnahmen sind zwar theoretisch vorstellbar, dürften aber praktisch allenfalls dann vorkommen, wenn die Erfahrung einer schweren Erkrankung die Persönlichkeitsentwicklung beschleunigt hat.

Selbstverständlich haben auch psychisch erkrankte Person grundsätzlich das Recht, selbst über die Beendigung ihres Lebens zu entscheiden. Eine Einschränkung ergibt sich allerdings daraus, dass insbesondere psychische Erkrankungen die kognitiven, emotionalen und volitiven Fähigkeiten einer Person so stark beeinträchtigen können, dass ihr eine verständige Abwägung der nach ihrem eigenen Wertesystem entscheidungserheblichen Gesichtspunkte nicht möglich und damit eine freiverantwortliche Suizidentscheidung ausgeschlossen ist. Eine derartige Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist jedoch auch bei einer diagnostizierten psychischen Erkrankung konkret zu prüfen und zu belegen. Die bloße Diagnose einer psychischen Erkrankung und die Motivation einer Suizidentscheidung durch das Aus einer solchen Erkrankung resultierende psychische Leid schließen deren Freiverantwortlichkeit nicht aus.

## (c) Überlegte, gefestigte und eigenständige Entscheidung

Die an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung zu stellenden hohen Anforderungen zeigen sich insbesondere darin, dass eine solche Ent-



scheidung auch den Gebrauch der Fähigkeit zu einer verständigen Abwägung der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte voraussetzt. Die Entscheidung darf also nicht nur einer spontanen Regung entspringen, sondern muss nach reiflicher Überlegung getroffen werden. Außerdem muss es sich um eine gefestigte Entscheidung handeln, das heißt, die betreffende Person darf selbst keine Zweifel mehr haben und ihr Wille zur Beendigung des eigenen Lebens darf nicht mehr volatil, sondern muss auch zeitlich stabil erscheinen.

Darüber hinaus muss es sich um eine eigenständige, nicht unter dem übermäßigen Einfluss anderer Personen getroffene Entscheidung handeln. An der Eigenständigkeit fehlt es nicht nur, wenn die Entscheidung in unzulässiger Weise durch Zwang, Drohung oder Täuschung herbeigeführt worden ist. Auch wenn eine Person ihren eigenen Willen dem einer anderen Person unterordnet, das heißt, ihr Leben nur deshalb beenden will, weil die andere Person dies von ihr erwartet, liegt keine eigenständige und damit auch keine freiverantwortliche Suizidentscheidung vor.

### Konsequenzen für die Suizidprävention

Genügt eine Suizidentscheidung den vorstehend dargestellten Anforderungen, so ist sie auch dann eine freiverantwortliche Entscheidung, wenn sie durch eine als unerträglich empfundene Belastung motiviert ist und die betreffende Person ohne diese Belastung gern weiterleben würde. Da der Kern des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben gerade darin besteht, selbst zu entscheiden, welche Belastungen des eigenen Lebens man zu tragen bereit ist, schließt der Umstand, dass eine Person nur »so«, also nur aufgrund einer von ihr als unerträglich empfundenen Belastung nicht weiterleben will, die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung nicht aus.

Dies bedeutet aber nicht, dass Staat und Gesellschaft sich nicht nach Kräften darum bemühen müssten, den sich in einer solchen Notlage befindenden Personen das Weiterleben zu ermöglichen.

Die Anerkennung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben hebt nicht die Verantwortung auf, so weit wie möglich dafür Sorge zu tragen, dass Menschen nicht in Situationen geraten und verbleiben, in denen sie den Tod als (vermeintlich) kleineres Übel dem Leben vorziehen (müssen).

Suizidprävention dient auch der Vorsorge gegen »prekäre Selbstbestimmung«. In solchen Fällen mag die suizidwillige Person noch freiverantwortlich entscheiden können. Gleichwohl kann die zumindest subjektiv erlebte Belastung einer Lebenssituation – sei es durch die konkreten Lebensumstände, sei es durch Erwartungshaltungen von unterschiedlichster Seite – den Spielraum freiverantwortlicher Entscheidungen so verengen, dass sie in fremdgetriebene Selbstbestimmung umzukippen drohen und damit nicht mehr freiverantwortlich wären. Dies gilt es unbedingt zu verhindern – vor allem im Interesse und zum Schutz jeder suizidwilligen Person.



© Rafaela Pröll

Prof. Dr. **Helmut Frister** ist Seniorprofessor und zugleich Direktor des Instituts für Rechtsfragen der Medizin der Juristischen Fakultät an der Universität Düsseldorf. Bis 2023 hatte er eine Professur für Strafrecht und Strafprozessrecht an der Universität Düsseldorf. Er ist u. a. stellvertretender Vorsitzender der PID-Kommission der Ärztekammer Nordrhein, Leiter der Arbeitsgruppe Allgemeiner Teil der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, Mitglied der Ethikkommissionen der Ärztekammer Nordrhein und der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf sowie des Ethikkomitees des Universitätsklinikums Düsseldorf.

Kontakt: [helmut.frister@uni-duesseldorf.de](mailto:helmut.frister@uni-duesseldorf.de)



© Deutscher Ethikrat

Dr. theol. **Andreas Lob-Hüdepohl** ist Professor für Theologische Ethik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) und Geschäftsführer des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik.

Kontakt: [andreas.lob-huedepohl@khsb-berlin.de](mailto:andreas.lob-huedepohl@khsb-berlin.de)

### Anmerkung

- 1 Die Überlegungen dieses Artikels greifen wesentliche Einsichten auf, die der Deutsche Ethikrat zur in Rede stehenden Problematik entwickelt hat: DER (2022) Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. Berlin.

## »Ein bisschen offener«

### Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts und seine Folgen

Torsten Verrel im Interview mit Lukas Radbruch

**LUKAS RADBRUCH:** *Das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Suizidassistenz ist mittlerweile vier Jahre her. Wie würdest du das Urteil und was seitdem passiert ist bewerten?*

**TORSTEN VERREL:** In dieser Entscheidung ging es zunächst ja nur darum, dass das Bundesverfassungsgericht die im Jahr 2015 eingeführte Strafvorschrift, die die geschäftsmäßige Förderung der Suizidhilfe unter Strafe stellte (§ 217), für verfassungswidrig erklärt hat. Ich glaube aber, dass die Bedeutung der Entscheidung weit darüber hinausgeht, weil die erfolgte Anerkennung eines Grundrechts auf autonome Selbsttötung dafür gesorgt hat, dass die Diskussion darüber, in welchem Umfang man assistierte Suizide durchführen darf, jetzt viel offener geführt wird, das Thema enttabuisiert wurde. Meine Wahrnehmung ist, dass man diese Dinge jetzt offener anspricht als früher. Natürlich steht man weiterhin vor dem Problem, das auch das Bundesverfassungsgericht nicht lösen konnte: Wie kann man dafür Sorge tragen, dass nur autonome Suizident-schlüsse respektiert, aber die nach den Erkenntnissen der Suizidforschung viel häufigeren nicht wohlwogener Suizide verhindert werden?

Also um es zusammenzufassen: Es hat sich viel bewegt durch die Entscheidung, auch wenn der Gesetzgeber ja bisher nicht in der Lage war zu entscheiden, ob es eine Nachfolgeregelung für den § 217 gibt. Ich habe den Eindruck, dass wir jetzt weniger mit Scheuklappen über das Thema reden.

**LUKAS RADBRUCH:** *Die zwei Gesetzesentwürfe zu einer gesetzlichen Regelung der Suizidassistenz sind ja im letzten Sommer im Bundestag gescheitert. Siehst du die Notwendigkeit zu einer gesetzlichen Regelung, und wie könnte die aussehen?*

**TORSTEN VERREL:** Ich habe bisher keine Notwendigkeit zu einer gesetzlichen Regelung gesehen, weil ich dachte, dass mit der Wiederherstellung der Rechtslage vor der Einführung des § 217, also der seit jeher anerkannten Strafflosigkeit der Mitwirkung an einem autonomen Suizid, kein weiterer Regelungsbedarf besteht. Ich sehe das mittlerweile aber anders, aus zwei Gründen. Zum einen scheint mir doch eine erhebliche Verunsicherung in der Praxis eingetreten zu sein, was denn nun rechtens ist, da der Eindruck entstanden ist, dass das BVerfG erstmals etwas erlaubt hat, was vorher verboten war. Auf diese Verunsicherung, die auch damit zu tun hat, dass es keine Vorschrift gibt, die die Suizidbeihilfe ausdrücklich straflos stellt, muss man reagieren. Der zweite Punkt ist der, dass die Rechtslage unbefriedigend ist im Hinblick auf den legalen Zugang zu dem Suizidmittel Natrium-Pentobarbital. Diese Substanz fällt unter das Betäubungsmittelgesetz und darf nur zu Behandlungszwecken erworben und verschrieben werden. Das Bundesverwaltungsgericht hat Ende letzten Jahres entschieden, dass hiervon keine Ausnahmen gemacht werden können. Und diese Hürde muss genommen werden, was auch die von dir angesprochenen Gesetzesentwürfe getan haben.

Mein jetzige Empfehlung lautet: eine Regelung zur Verhinderung unfreier und zur Ermöglichung freier Suizide: ja, aber eine solche, die, wie es das Bundesverfassungsgericht gefordert hat, autonomen Sterbewünschen einen hinreichenden Entfaltungsraum lässt.

**LUKAS RADBRUCH:** *Bei den beiden Gesetzesentwürfen war ja interessant, dass sie sich fundamental unterschieden zum Beispiel bei den Fristen, die*

einzuhalten sind, oder wie die Prüfung der Freiverantwortlichkeit erfolgen soll. Das zeigte ja auch, dass dort der Konsens fehlt, was angemessen ist.

**TORSTEN VERREL:** Das ist richtig, denn die Schwierigkeit besteht jetzt ja darin, ein Verfahren zu entwickeln, das einerseits die Umsetzung freiverantwortlicher Suizidentscheidungen ermöglicht, andererseits verhindert, dass es zur Unterstützung unfreier Suizide kommt. Das erfordert natürlich Kontrollmechanismen. Diese dürfen aber nicht so weitreichend sein, dass von dem Grundrecht auf autonome Selbsttötung nichts mehr übrigbleibt. Nach meiner Einschätzung hat der strafrechtliche Entwurf von Castellucci und anderen die Zügel viel zu eng angezogen, während der Vorschlag von Helling-Plahr zwar liberaler, aber sehr kleinteilig war.

**LUKAS RADBRUCH:** *Insbesondere bei psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen scheint die Prüfung der Freiverantwortlichkeit ja ein noch größeres Problem zu sein, das zeigen ja auch die beiden aktuellen Strafrechtsfälle in Berlin und Essen, in denen Ärzte in erster Instanz verurteilt wurden nach der Suizidassistenz.*

**TORSTEN VERREL:** Es ist in der Tat ein ausgesprochen riskantes Unterfangen, Suizidhilfe bei Personen zu leisten, die unter einer psychischen Störung leiden. Das war in beiden Fällen so. In dem einen lag eine Schizophrenie und im anderen Fall eine Depression vor. Da ist natürlich von vornherein erhebliche Skepsis gegenüber der Annahme von Freiverantwortlichkeit angezeigt. Das Bundesverfassungsgericht hat betont, dass von einem autonomen Entschluss nur ausgegangen werden kann, wenn er unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung ist. Insofern haben sich die beiden Ärzte in ein Gebiet vorgewagt, das mit erheblichen strafrechtlichen Risiken behaftet ist. Man wird zwar nicht sagen können, dass eine psychische Störung per se Autonomie ausschließt, und kann sich auch gut vorstellen, dass eine psychische Störung etwas sein kann, worunter Menschen genauso leiden wie unter einer körperlichen Erkrankung. Nur muss man dann

eben sehen, ob in der konkreten Situation trotz der Störung wirklich von Freiverantwortlichkeit ausgegangen werden kann. Es bleibt abzuwarten, ob die Entscheidungen, gegen die Revision eingelegt wurde, letztlich Bestand haben. Aber ich würde einstweilen dringend davon abraten, in solchen Fällen Suizidhilfe zu leisten, denn es müsste ja festgestellt werden können, dass eine vorhandene psychische Störung keinen Einfluss auf die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses des Betroffenen hatte.

#### Suizidalität

»Suizidalität beschreibt einen psychischen Zustand, in dem Gedanken, Phantasien, Impulse und Handlungen anhaltend, wiederholt oder in krisenhaften Zuspitzungen darauf ausgerichtet sind, gezielt den eigenen Tod herbeizuführen«

(Wikipedia-Eintrag »Suizid«).

Suizidalität umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, seien sie bewusst oder unbewusst (und damit in ihrer Bedeutung dem Subjekt primär nicht zugänglich), die auf Selbstzerstörung durch selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens ausgerichtet sind.



(DGP 2021; [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/))

**LUKAS RADBRUCH:** *In dem Berliner Fall wurde eine Ambivalenz der Patientin berichtet, die sich bei dem Arzt entschuldigt habe, dass sie so ein Hin und Her veranstalten würde und dass sie noch am Morgen des Suizids gesagt habe, dass sie sich nicht sicher sei. Dennoch ging der Arzt von einem dauerhaften und gefestigten Entschluss aus. Können da aus juristischer Sicht Grenzen gezogen werden in der Freiverantwortlichkeit?*

**TORSTEN VERREL:** Das Wissen um die häufige Unstetigkeit von Sterbewünschen war ja der Grund für das Bundesverfassungsgericht, in seiner Urteilsbegründung darauf hinzuweisen, dass Freiverantwortlichkeit mehr verlangt als eine grundsätzlich vorhandene Entscheidungsfähigkeit. Neben Informationen über Suizidalternativen und der Fähigkeit, Für und Wider abzuwägen, muss der Wunsch zu sterben von einer »gewissen Dauerhaftigkeit« und »inneren Festigkeit« getragen sein. Wenn Patienten – mit oder ohne psychische Störung – schwankend in ihren Sterbewünschen sind und sagen, heute Morgen wollte ich noch leben, jetzt aber nicht mehr, sind Zweifel an der Dauerhaftigkeit angebracht. Ich bin kein medizinischer Experte und kann nicht ausschließen, dass derartige Schwankungen ein typisches Bild psychischer Erkrankungen sein können, die aber nicht per se ausschließen, dass die Suizidentscheidung in concreto wohl abgewogen und von Dauerhaftig-

keit und Festigkeit war. Da werden Gerichte aber ganz genau nachsehen, ob von Freiverantwortlichkeit ausgegangen werden kann. Mir scheint, dass wir noch keine klaren Maßstäbe dafür haben, wie wir die Fähigkeit zu autonomen Suizidentscheidungen bei psychisch Kranken beurteilen. Daher bleibt das Risiko, dass Gerichte Sterbewünsche bei psychischer Erkrankung als nicht freiverantwortlich einordnen, wie es die beiden Ärzte jetzt erfahren haben.

**LUKAS RADBRUCH:** *Vor, während und nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde ja von vielen Seiten ein Dammbbruch befürchtet, also dass schneller, öfter und mehr Suizidhilfe geleistet wird, oder eben die Tötung auf Verlangen freigegeben wird. Im Juni 2022 hat der Bundesgerichtshof im »Insulin-Fall«<sup>1</sup> ein Urteil gefällt, das zum Freispruch der wegen Tötung auf Verlangen angeklagten Ehefrau geführt hat. Ist das schon der Dammbbruch?*



**TORSTEN VERREL:** Manche Kollegen sagen, das sei der Anfang vom Ende des § 216 StGB (Tötung auf Verlangen). Ich teile diese Einschätzung nicht. Allerdings wäre das Urteil des BGH ohne das Urteil des Bundesverfassungsgerichts sicher nicht so ergangen. Das betrifft zum einen die vom BGH aufgrund einer normativen Bewertung der Tatherrschaft vorgenommene Verschiebung der Abgrenzung zwischen verbotener Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe zugunsten Letzterer. Nach der bisherigen Rechtsprechung hätte man die von der Ehefrau zusätzlich zur eigenhändigen Medikamenteneinnahme des Ehemanns verabreichten Insulinspritzen als eine Tötung auf Verlangen und nicht als bloße Suizidbeihilfe eingeordnet. Zum anderen hat der Bundesgerichtshof seine Bereitschaft erklärt, auf der Grundlage der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zukünftig in solchen Fällen, in denen der Sterbewillige sich aus eigener Hand nicht töten kann, § 216 StGB nicht anzuwenden, um auch solchen Patienten die Umsetzung autonomer Sterbewünsche zu ermöglichen. Der Bundesgerichtshof sieht diese Notwendigkeit einer verfassungskonformen Reduktion des § 216 StGB, da andernfalls das vom Bundesverfassungsgericht anerkannte Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben leerlaufen würde. Aber das sind natürlich extreme Ausnah-

mefälle, in denen jemand körperlich nicht mehr in der Lage ist, einen Suizid zu begehen und etwa ein von anderen gereichtes Suizidmittel zu sich zu nehmen, und in denen auch Therapiebegrenzungen keine Option sind. Es bleibt aber bei der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen, auch wenn der Anwendungsbereich des § 216 jetzt vielleicht etwas kleiner geworden ist. Ich glaube auch nicht, dass der Gesetzgeber an dem Grundsatz der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen rütteln wird.

**LUKAS RADBRUCH:** *Was haben wir noch nicht angesprochen?*

**TORSTEN VERREL:** Ich hatte ja eben betont, dass eine rechtliche Regelung der Suizidbeihilfe sinnvoll wäre. Allerdings sollte dies nicht im Strafrecht geschehen. Die Mitwirkung an nicht freiverantwortlichen Suiziden kann schon jetzt strafrechtlich sanktioniert werden, das zeigen ja die beiden aktuellen Entscheidungen. Wenn man jetzt ein wie auch immer geartetes Verfahren für den Zugang zu Suizidmitteln vorsieht und dessen Einhaltung zur Voraussetzung für die Straflosigkeit der Suizidbeihilfe macht, besteht die Gefahr, dass bloße Verfahrensverstöße wie etwa die Nichteinhaltung von Fristen zur Strafbarkeit führen. Je komplizierter so eine prozedurale Absicherung ist, desto größer wären die strafrechtlichen Risiken. Das wäre der Akzeptanz dieses Verfahrens nicht dienlich und wäre eine Verschärfung gegenüber der jetzigen Rechtslage, bei der es allein darauf ankommt, ob Freiverantwortlichkeit gegeben war oder nicht.

**LUKAS RADBRUCH:** *Vielen Dank für das Gespräch!*



Prof. Dr. **Torsten Verrel**, Rechtswissenschaftler und Kriminologe, hat eine Professur für Kriminologie, Strafvollzugswissenschaft und Jugendstrafrecht an der Universität Bonn inne. Er ist dort geschäftsführender Direktor des Kriminologischen Seminars und des Instituts für Medizinstrafrecht. Er ist Mitglied der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät und des Instituts für Psychologie der Universität.

#### Anmerkung

1 <https://openjur.de/u/2446937.html>.

*Es hat sich viel bewegt durch die Entscheidung, auch wenn der Gesetzgeber ja bisher nicht in der Lage war zu entscheiden, ob es eine Nachfolgeregelung für den § 217 gibt. Ich habe den Eindruck, dass wir jetzt weniger mit Scheuklappen über das Thema reden.*

## Warum Suizid?

### Hauptgründe für Suizidgedanken

Reinhard Lindner

#### Auslöser für Suizidalität

Der Suizid ist die Tötung durch eigene Hand. Kein Mensch entscheidet sich grundlos, seinem Leben ein Ende zu setzen. Allerdings sind die Gründe vielfältig und sie können verborgen sein. Immer jedoch weisen sie auf existenzielle Erfahrungen des Lebens hin. Diese existenzielle Situation kann sich anderen Menschen direkt vermitteln. Sie können für jeden sichtbare und sofort erfassbare Auslöser haben. Die Auslöser für Suizidalität können aber auch verborgen sein, sogar der suizidalen Person selbst. Dann erkennt man sie erst in längeren Gesprächen, in einer Vertrauen schaffenden, Verstehen suchenden Beziehung. Dies kann eine Psychotherapie sein, eine Beratung oder eine andere Form des professionellen, helfenden Gesprächs. Meist werden dann Gründe für das suizidale Erleben deutlich, die mit wichtigen Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend verbunden sind, wiederholt und verknüpft mit Erfahrungen über das gesamte Leben.

Menschen, die den Gedanken in die Hand nehmen, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen, befinden sich oftmals in einer existenziellen Notlage. Auslöser sind häufig Verlusterfahrungen, die den ganzen Menschen treffen. Hierzu zählen Trennungen, der Tod wichtiger anderer Menschen, aber auch Verluste, die die eigene Person, die eigene Gesundheit und die eigene soziale Situation betreffen. Das können die psychosozialen Folgen schwerer Erkrankungen sein, aber auch Verluste von sozialen Verbindungen durch äußere Veränderungen, etwa eine Berentung oder massive, vielleicht sogar traumatische, die ganze Gesellschaft betreffende Verlusterfahrungen, wie

die Zerstörung der Lebensgrundlage durch Krieg, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit oder eine Pandemie. Der Verlust, so wird deutlich, durchzieht als roter Faden die vielfältigen Auslöser für Suizidalität, das heißt für das Denken und Fühlen, das zur Selbsttötung führen kann.

Und doch erklären diese Erfahrungen, die fast alle Menschen im Laufe ihres Lebens einmal erreichen, nicht, warum manche Menschen in derartigen Lebenslagen mit Suizidgedanken befasst sind, andere aber nicht.

#### Psychoanalytische Erklärungsmodelle für Suizidalität

Aus einer psychoanalytischen Perspektive, unterstützt durch eine Vielzahl an empirischen Fakten, lassen sich die individuellen Ursachen für Suizidalität in einer emotionalen Reaktionsbereitschaft in Beziehungen erklären, die sich über das ganze Leben hinweg entwickeln und zeigen kann. Die Vorstellung einer spezifischen suizidalen Reaktionsbereitschaft geht davon aus, dass wir Menschen in den wichtigen Beziehungen unseres Lebens Mustern folgen, die durch Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend geprägt wurden und im Laufe des Lebens mit Varianten immer wieder auftauchen.

Wir Menschen sind keine Marionetten unserer Kindheitserfahrungen, wir können uns ändern und weiterentwickeln, aber Grundbereitschaften, in bestimmten Situationen auf eine bestimmte Weise (emotional) zu reagieren, sind tief eingewoben in die Struktur unserer Persönlichkeit. Wenn nun ein Kind oder Jugendlicher mit sehr belastenden Verlusterfahrungen zu tun

hat, zum Beispiel einem immer wieder suizidal erlebten Elternteil, der dann vielleicht auch am Suizid stirbt, oder mit massiven Gewalterfahrungen durch nahe Menschen, so kann sich in ihm eine Bereitschaft bilden, bei erneuten Verlusterfahrungen im Verlauf des Lebens den frühen Gefühlen wiederzubegeben. Dies kann auch dann geschehen, wenn die auslösenden aktuellen Ereignisse vielleicht gar nicht so dramatisch erscheinen wie diejenigen Ereignisse aus früher Kindheit und Jugend, die zu dem katastrophalen Erleben führten. In einer derartigen Situation, in der zum Beispiel jemand die Diagnose einer tödlichen Erkrankung erfährt, können frühe emotionale Zustände, Gefühle und Reaktionsbereitschaften geweckt werden, die damals in der Kindheit sogar das psychische Überleben sicherten, jetzt aber einengend und unpassend erscheinen.

So kann die Person auf die massive Erfahrung zurückgeworfen sein, vollkommen allein zu sein, Hilfe eher als falsch, unfreundlich und bedrohlich zu erleben. Sie kann dann als Reaktion suizidale Gedanken entwickeln: zum Beispiel den Gedanken, auf keinen Fall von anderen Menschen abhängig werden zu wollen, weil damals in der Kindheit auf diese Erfahrung der Abhängigkeit keine ausreichende Zuwendung und Hilfe erfolgte. Dies kann die Möglichkeiten erheblich verstellen, sich aktuell, als erwachsener Mensch, Hilfe und Unterstützung zu holen. Die Welt der Hilfe wird mit der Brille der Kindheits- und Jugenderfahrungen gesehen. Und auch die Handlungsoptionen können nicht so realitätsnah sein, wie sie eigentlich möglich wären, wenn man nicht diese früh geprägte Brille trüge.

Es kommt zu radikalen Fantasien wie die Sorge, dem befürchteten Geschehen ohne Hilfe durch andere ausgeliefert zu sein. Dem wird dann die scheinbar rettende Fantasie entgegengestellt, nämlich die eigene Autonomie jederzeit zu wahren: durch den selbstbestimmten Tod, bei dem man alle Kriterien des Sterbens, Zeit, Ort, umgebende und involvierte Personen und Art des Sterbens, selbst bestimmt. Diese Dynamik muss

sich nicht immer in dieser Weise abspielen, sie ist eine von vielen innerseelischen Reaktionsmustern, die dann auftauchen können, wenn Menschen sich existenziell bedroht erleben und sich nicht vorstellen können, mit Unterstützung zugewandter Menschen durch diese Bedrohung gehen zu können.

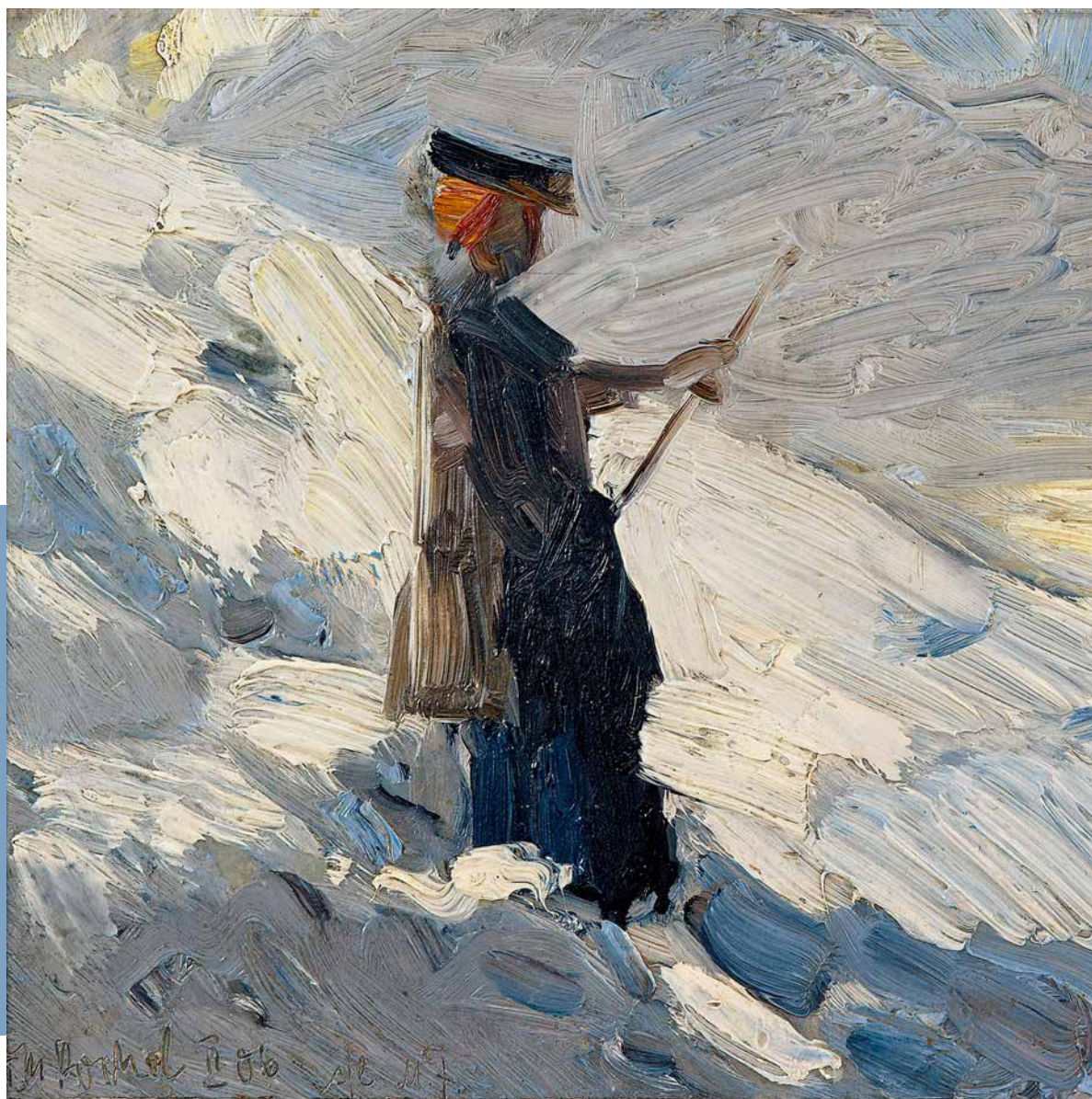
### **Soziologische und epidemiologische Hintergründe für Suizidalität**

Eine andere Perspektive nimmt der eher soziologische, epidemiologische Blick auf die Situationen ein, die zu Suizidalität und Suizid führen können. Aus großen Studien ist ersichtlich, dass Menschen ein höheres Risiko für Suizid haben, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, besonders einer Depression, und die aus einer Familie kommen, in der Suizide sich häufen und oder die bereits selbst einen oder mehrere Suizidversuche miterlebt haben. Ein besonders hohes Risiko für Suizid haben in Deutschland alte Männer, die entweder gerade einen Verlust, meist ihrer Partnerin, erleiden mussten oder lebenslang keine tragfähigen Beziehungen eingehen konnten. Diese Männer können sich nicht mit ihrer Trauer oder Einsamkeit an andere Menschen wenden, sie neigen zum Alkoholabusus und fallen aufgrund ihrer Schwierigkeit, sich Hilfe zu holen, auch durch die Maschen des Gesundheitssystems.

Betrachtet man diese Risikogruppen, so stellt sich heraus, dass sich auch hier der rote Faden des Verlusts durchzieht: Depressionen sind mit einem spezifischen Umgang mit Verlust verbunden. Depressive Menschen können zum Beispiel eine Trennung nicht gut integrieren, bleiben lange mit ambivalenten Gedanken und Gefühlen an der verlorenen Person hängen und erleben sich bei Verlusten besonders verlassen. Wer einen Suizid in nächster Umgebung in Kindheit und Jugend erleben musste, vielleicht mit mehreren vorausgehenden Suizidversuchen der nahen Person, der kann eine besondere Verletzlichkeit für Verlusterfahrungen entwickeln. Denn der Suizid hinter-

lässt in Angehörigen sehr häufig Schuldgefühle, unterdrückten Ärger, Verlorenheits- und Verlassenheitsgefühle. Man muss ja bewältigen, dass die durch Suizid verstorbene Person »durch eigene Hand«, also mit einer wie auch immer begründeten eigenen Entscheidung die Trennung herbeigeführt hat. Das macht einen Unterschied aus im Vergleich zu einem Verlust durch einen natürlichen Tod.

Wer schon mehrere Suizidversuche hinter sich hat, ist im Laufe seines Lebens offenbar mehrfach in derartige existenzielle Zustände geraten, in denen nur das selbst gewählte Ende des Lebens als Ausweg aus unerträglichen Gefühlen erscheint. Und auch die Situation alter, in Beziehungen und Bezogenheiten wenig beweglicher Männer weist auf eine lange Geschichte belastender Beziehungserfahrungen hin, insbesondere mit





Verbundenheit, Abhängigkeit und Loslösung, in der sich eine suizidale Reaktionsbereitschaft als »Notausgang« entwickeln konnte.

### Praktische Schlussfolgerungen

Welche praktischen Folgerungen ergeben sich aus dieser Perspektive auf die Hintergründe von Suizidalität? Wie ist Menschen zu begegnen, die im

Grunde von der Erwartungshaltung geprägt sind, dass Hilfe und Unterstützung nur zum Preis größter Abhängigkeit oder letztlich doch versagend erfolgen können?

Eine zentrale Haltung in der Begegnung mit diesen Menschen ist die, anzuerkennen, dass es für die betroffene Person sehr schwierig, aktuell vielleicht sogar unmöglich erscheint, die Realitäten von Hilfen und Unterstützungen zu erkennen. Dann ist es besser, über diese Annahmen, Vorstellungen, auch Vorurteile ins Gespräch zu kommen, sich als unvoreingenommene Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner zu erweisen. Es gilt erst einmal zu verstehen, in welcher Sicht auf mögliche Hilfen der Betroffene verhaftet ist und wie sich diese Sicht entwickelt hat. Oftmals ist diese Art des Interesses auch schon ein Türöffner, um weitere Überlegungen zu Hilfen gemeinsam anzustellen.

Wichtig aber ist, sich selbst erst einmal nicht unter den Druck zu setzen, sofort eine Lösung für die Verzweiflung und die belastende Situation präsentieren zu müssen. Das interessierte und zugewandte Gesprächsangebot auf Augen-



Franz Marc, Stehende Frau in Winterlandschaft, 1906 / akg-images

*So kann eine Person auf die massive Erfahrung zurückgeworfen sein, vollkommen allein zu sein, Hilfe eher als falsch, unfreundlich und bedrohlich zu erleben. Sie kann dann als Reaktion suizidale Gedanken entwickeln.*

höhe, das das Erleben des Gegenübers kennen lernen möchte, ist ein sinnvoller Ausgangspunkt für Gespräche mit Menschen, die zunächst einmal nicht davon ausgehen, dass sie Hilfe ohne böartige Folgen und ohne eine ewige Wiederholung des Verlassenwerdens erfahren können.



Prof. Dr. med. **Reinhard Lindner**, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPT), war langjährig tätig in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie mit Suizidgefährdeten (UKE) und in der Gerontopsychosomatik einer geriatrischen Klinik in Hamburg (Albertinen Haus). Er ist Geschäftsführender Leiter des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) und Professor für Soziale Therapie am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel.

Kontakt: Reinhard.Lindner@uni-kassel.de

#### Literatur

- Fiedler, G.; Lindner, R.; Altenhöfer, A.; Gans, I.; Gerisch, B.; Richter, M.; Götz, P. (2020). Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. Suizidalität, Psychotherapie und gesellschaftliche Intervention. In: Forum Psychoanalyse, 36, S. 123–139.
- Fiedler, G., Schneider, B., Giegling, I., Rujescu, D., Lindner, R. (2021). Suizidalität und Suizidprävention in Deutschland – Ein Blick auf den gegenwärtigen Stand. In: Schneider, B.; Lindner, R.; Giegling, I.; Müller, S.; Müller-Pein, H.; Rujescu, D.; Urban, B.; Fiedler, G. (Hrsg.), Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. Kassel DOI: 10.17170/kobra-202107014195, S. 92–117, S. 17–39.
- Lindner, R. (2022). Suizidalität und Sterben. In: Küchenhoff, J.; Teising, M. (Hrsg.), Sich selbst töten mit Hilfe anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid (S. 159–175). Gießen.



## Der assistierte Suizid als Beziehungsgeschehen

Careethische Impulse zum gelingenden Umgang mit assistiertem Suizid

Galia Assadi

### Rechtliche Klarheit – ethische Orientierungslosigkeit?

Das im Jahr 2020 gefällte Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid schafft zwar (zumindest partiell) juristische Klarheit, lässt uns jedoch zugleich in ethischer Orientierungslosigkeit zurück. Hierbei zeigt sich der Unterschied zwischen Recht und Ethik sehr deutlich, da Praktiken zwar einerseits als rechtlich zulässig erachtet werden können, dies andererseits jedoch nicht unbedingt mit ihrer ethischen Verantwortbarkeit in eins fallen muss. Was also nun kann die Ethik an Orientierung in Hinblick auf den assistierten Suizid bieten? Woran können und sollen wir uns orientieren? Gibt es einen gangbaren Weg, um unserer ethischen Verantwortung gegenüber Sterbewilligen, gegenüber dem Fachpersonal aus dem Bereich des Gesundheitswesens, gegenüber den beteiligten Institutionen und zugleich der Gesellschaft gerecht zu werden? Oder wird es – wie in einem Nullsummenspiel – immer Gewinner und Verlierer geben und die wahre Herausforderung besteht in der Akzeptanz dieser Tatsache?

### Ethische Impulse – Autonomiefixierung und/oder Relationalität?

Blicken wir auf den ethischen Diskurs, so zeigt er sich durch Pluralismus charakterisiert. Ein Pluralismus, der öffentlich nicht immer wahrnehmbar ist, da insbesondere eine Position von Seiten professioneller Ethiker:innen mehrheitlich vertreten wird.

### *Impulse autonomiefixierter Ethik*

Diese Position wird nachfolgend als »autonomiefixierte Position« bezeichnet und schließt (nahezu lückenlos) an das Selbstverständnis moderner, westlich geprägter Individuen an. Eine Position, die den Menschen vor allem als isoliertes, souveränes und autonomes Wesen versteht. Als Wesen, dessen Vernunft es ihm ermöglicht, rationale Ziele ebenso wie geeignete Mittel zu deren Erreichung zu definieren. Eine Position, die Gesellschaft als Ansammlung autonomer Individuen versteht, die sich durch Rechte und Pflichten auszeichnen, deren Bindungen und Verpflichtungen anderen (sowie dem Staat) gegenüber jedoch immer einer vernünftigen Begründung bedürfen. Eine Position, die, im Anschluss an Kant, um die Errichtung einer vernünftigen Ordnung zwischen den souveränen Individuen sowie zwischen souveränen Individuen und souveränem Staat bemüht ist. Eine Position, die immer dann in Schwierigkeiten gerät, wenn Individuen nicht als autonom und souverän verstanden werden können, sondern aufgrund von Krankheit, Einschränkungen oder Alter (hierbei ist sowohl an Kinder als auch an Ältere zu denken) nicht primär von Vernunft geleitet werden. Eine Ethik, die im medizinischen Bereich zum Beispiel von Tom Beauchamps und James Childress (2019) vertreten wird, die in ihren weltweit einflussreichen »Principles of Biomedical Ethics«, den Respekt vor der Autonomie der Patient:innen neben Gerechtigkeit, Nichtschaden und Wohlwollen als eines der vier zentralen ethischen Prinzipien

## Impressum

### Herausgeber/-innen:

Rainer Simader, Dachverband Hospiz Österreich  
Ungargasse 3/1/18, A-1030 Wien  
E-Mail: simaderr@gmail.com

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Zentrum für Palliativmedizin,  
Von-Hompesch-Str. 1, D-53123 Bonn  
E-Mail: Lukas.Radbruch@ukbonn.de

Dr. phil. Sylvia Brathuhn  
Schweidnitzer Str. 17, D-56566 Neuwied  
E-Mail: Brathuhn@t-online.de

Dipl.-Sozialpäd. Heiner Melching (Berlin)  
Monika Müller, M.A. (Rheinbach)  
Dipl.-Päd. Petra Rechenberg M.A. (Hamburg)  
Dipl.-Pflegefachfrau Erika Schärer-Santschi (Thun, Schweiz)  
Dipl.-Psych. Margit Schröer (Düsseldorf)  
Prof. Dr. Reiner Sörries (Erlangen)  
Peggy Steinhauser (Hamburg)

Kontaktanfragen und Rezensionsvorschläge richten Sie bitte an  
Rainer Simader: simaderr@gmail.com

### Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. Sandra L. Bertman (USA), Prof. Robert A. Neimeyer (USA),  
Dr. Henk Schut (Niederlande), Dr. Margaret Stroebe (Niederlande)

### Redaktion:

Ulrike Rastin M. A. (V. i. S. d. P.)  
BRILL Deutschland GmbH  
Vandenhoeck & Ruprecht  
Robert-Bosch-Breite 10, D-37079 Göttingen  
Tel.: 0551-5084-423  
E-Mail: ulrike.rastin@v-r.de

### Bezugsbedingungen:

Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich. Es gilt die gesetzliche Kündigungsfrist  
für Zeitschriften-Abonnements. Die Kündigung ist schriftlich zu richten an:  
Brockhaus Kommissionsgeschäft GmbH, Leserservice, Kreidlerstraße 9, D-70806 Kornwestheim,  
E-Mail: zeitschriften@brocom.de  
Unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen, Preise sowie weitere Informationen  
finden Sie unter [www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com](http://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com).

### Verlag:

BRILL Deutschland GmbH, Robert-Bosch-Breite 10,  
D-37079 Göttingen; Tel.: 0551-5084-300, Fax: 0551-5084-454  
[www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com](http://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com)  
E-Mail: [info@v-r.de](mailto:info@v-r.de)

ISSN (Printausgabe): 2192-1202, ISSN (online): 2196-8217  
ISBN 978-3-525-80629-6  
ISBN 978-3-647-80629-7 (E-Book)

Umschlagabbildung: Jacques-Louis David, Der Tod des Sokrates, 1787 (Ausschnitt); Wikimedia Commons

Verantwortlich für die Anzeigen: Ulrike Vockenber, Brill Deutschland GmbH,  
Robert-Bosch-Breite 10, D-37079 Göttingen, Kontakt: [anzeigen@v-r.de](mailto:anzeigen@v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind  
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den  
gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen  
Einwilligung des Verlages.

© 2024 by Vandenhoeck & Ruprecht, Robert-Bosch-Breite 10, 37079 Göttingen, Germany, an imprint of the Brill-Group  
(Koninklijke Brill BV, Leiden, Niederlande; Brill USA Inc., Boston MA, USA; Brill Asia Pte Ltd, Singapore;  
Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Deutschland; Brill Österreich GmbH, Wien, Österreich)  
Koninklijke Brill BV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Schönigh, Brill Fink, Brill mentis,  
Brill Wageningen Academic, Vandenhoeck & Ruprecht, Böhlau und V&R unipress.

Gestaltung, Satz und Lithografie: SchwabScantechnik, Göttingen  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany