

## Leserbrief

### Suizidassistenz und zwischenmenschliche Bezogenheit

Von Martin Teising

Zu den Artikeln " Ethik im Gesundheitswesen. Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbaren körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch" von Gerhard Ebner

und " Zur Sterbehilfe. Thesen zum Recht auf Freitod mit medizinischer Hilfe " von Frank-Reiner Rupprecht in *Suizidprophylaxe 124* [33 (2006), Heft 1]

Menschen haben die Möglichkeit, ihr Leben selbst zu beenden. Es mag sein, dass eine Entscheidung zum Suizid, die jede weitere freie Entscheidung unmöglich macht, Ausdruck von Freiheit sein kann. In der Regel setzen Menschen ihrem Leben ein Ende, wenn sie verzweifelt sind. Das wissen wir aus klinischer Erfahrung und aus den Abschiedsbriefen vieler Suizidenten. Suizidenten sind meist Menschen in seelischer Not, oft mit psychischer Einengung, die gerade nicht frei macht. Sie sind in Situationen, in denen Abhängigkeit oft in pflegerischer Hinsicht besteht, oder als unerträglich befürchtet wird, wie in dem von Ebner beschriebenen Fall.

Im Begriff Sui-zid ist das Selbst zentral. Wie autonom kann aber ein Selbst sein? Der Mensch als soziales Wesen, dessen Entstehung ja bereits von einem sexuellen und damit auch schon sozialen Akt von zwei anderen Menschen abhängt, bleibt in seinen Beziehungen und Bindungen lebenslang verstrickt, auch wenn die persönliche psychosoziale Entwicklung in der westlichen Kultur fast ausschließlich an Schritten in die persönliche Unabhängigkeit gemessen wird. Lediglich ein Suizid scheint ihn vom Verstricktsein in menschliche Beziehungen befreien zu können. Allerdings hat bekanntlich auch der Suizid wiederum Auswirkungen auf Angehörige. Mensch sein ist nur theoretisch in autistisch autonomer Weise denkbar. Autonomie wird ständig angestrebt und gilt als höchster Wert westlicher Zivilisation, zugleich aber bleibt der Mensch untrennbar in Beziehungen zu anderen verstrickt. Auch Entscheidungen zum Suizid bleiben, ein unaufhebbarer Bestandteil der *conditio humana*, mit anderen verbunden, was in zugespitzter Weise im paradoxen Begriff des "assistierten Suizids" zum Ausdruck kommt.

Beim „assistierten Sui-zid“ wird das Selbst eingeschränkt, es besteht eine Beziehung zum Assistenten. Betroffene wollen für diese allerletzte Selbstentscheidung die Assistenz, die Hilfe und Begleitung anderer in Anspruch nehmen. Abgesehen von seltenen Situationen höchstgradiger Lähmung, in denen ein eigenes Handeln überhaupt nicht mehr möglich ist, besteht die Assistenz darin, ein vermeintlich sanftes Sterben zu ermöglichen und damit ein grausames unwürdiges (diese Begriffe verwendet Rupprecht) Sterben zu verhindern. Die Assistenz soll "fachgerecht" von einem Arzt geleistet werden. Das Recht auf einen sanften Tod wird von Rupprecht moralisch zuspitzend als Menschenrecht eingefordert. Eigentlich kann aber niemand sicher sagen, ob das Sterben durch ein ärztlich verabreichtes Medikament oder durch z.B. Erhängen für die Betroffenen sanfter, weniger grausam und würdiger ist. Die Hinterbleibenden werden die erste Methode wahrscheinlich als würdiger und "fachgerechter" beurteilen, auch wenn und paradoxerweise vielleicht gerade weil sie nicht mehr ausschließlich „selbst“ von den Suizidenten sondern scheinbar fachgerecht assistiert ausgeübt wird. Die autonome suizidale Handlung wird durch die Einbeziehung von Assistenten und durch die Wirkung auf andere relativiert.. Kann diese Einbeziehung anderer in den allerletzten Akt des Lebens nicht eigentlich den Wunsch nach einer Beziehung ausdrücken, in der selbst bestimmt werden kann und die dann aber auch gleich beendet wird? Assistenten bei einer Lebens- bzw. Sterbeentscheidung können ihrerseits nicht einfach losgelöst nur dem scheinbar autonomen Willen Betroffener dienen, sie sind Handelnde, die ihre Handlung selbst und ihrerseits sowohl autonom als auch bezogen auf den anderen zu verantworten haben. Es wird deutlich, wie bezogen auf andere Menschen wir auch bei dieser potentiell letzten Entscheidung bleiben.

Suizidassistenten mögen für sich in Anspruch nehmen, selbstlos der Selbstverwirklichung der Betroffenen zu helfen. Wie wir wissen, dient altruistische Selbstlosigkeit, wenn eigene finanzielle Interessen auszuschließen sind, immer zumindest auch dem eigenen Selbstwertgefühl. Es bleibt eine unauflösbare Verstrickung, eine zwischenmenschliche Bezogenheit bestehen, je genauer wir hinschauen.

Der höchste Wert ärztlicher Ethik ist der Dienst im Interesse des Lebens. Das Beenden des Lebens eines anderen Menschen, das Töten, ist mit dieser Ethik nicht vereinbar. Ärzte dürfen sich nicht zum Objekt, zum Erfüllungsgehilfen des Tötens machen lassen. Das heißt nicht, dass wenn der Sterbeprozess unumkehrbar eingesetzt hat, Ärzte nicht Leiden lindern, auch unter Inkaufnahme eines früheren Todeszeitpunktes. Die Absicht ärztlichen Handelns ist dann die Linderung des Leidens, nicht die Herbeiführung des Todes. In solchen Situationen gibt es Fälle, in denen diese beiden unterschiedlichen Absichten sehr nah beieinander liegen oder auch nicht mehr klar zu unterscheiden sind. Dann sind individuelle Gewissensentscheidungen des Arztes gefragt, die nicht gesetzlich zu regeln sind, wohl aber juristisch überprüfbar bleiben müssen.

Die von Ebner beschriebene Patientin ist in der Lage, mit ihrem Partner zusammen den Haushalt zu führen. Wenn sie zu dem Schluss kommt, nicht mehr leben zu wollen, und ihre Urteilsfähigkeit nicht krankheitsbedingt eingeschränkt ist, wird zunächst nicht klar, weshalb ärztliche Assistenz zum Suizid gewünscht wird. Wenn man aber eine unbewusste Motivation für ihre Anfrage für möglich hält, könnte ja von dieser Patientin mit dem Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid indirekt die Bitte geäußert werden, in den zu erwartenden schweren Stunden ihres körperlichen Leidens nicht allein gelassen, sondern begleitet zu werden. Genau in dieser Weise wurde dieses Leben ja letztlich auch, von dieser Frau selbst gesteuert, beendet. Dieses Beispiel belegt, dass die Palliativmedizin dringend ausgebaut werden muss.

Rupprechts Forderung nach einem " Menschenrecht" auf einen sanften Tod, dem die Ärzte zu dienen haben, treibt den Autonomiefetischismus westlicher Zivilisation auf die Spitze und degradiert Ärzte zu Handlangern. Wäre dieses Recht etabliert, wäre diese Patientin getötet worden, auch wenn sie den Becher selbst hätte ansetzen können. Die letzte Entscheidung am Ende des Lebens wäre scheinbar autonom, scheinbar ohne Leiden, schnell, sauber, sanft, fachgerecht, nicht grausam und würdig (sie !) mit Hilfe von Handlangern vollzogen worden. Eine möglicherweise tiefe menschliche Erfahrung in der Sterbebegleitung wäre ihr und den begleitenden Mitmenschen, uns zukünftig Sterbenden, verwehrt geblieben. Der Gesellschaft aber bleibe das Skandalon des Erlebens eines passiven Ausgesetztseins, das Miterleben des Leidens und Sterbens, erspart.

Prof. D. med. Martin Teising  
FH Frankfurt Nibelungenplatz 1  
60318 Frankfurt

[Teising@t-online.de]

### Antwort von Dr. Ebner:

Ich unterstütze das Votum von Herrn Kollegen Teising, gerade bei der Diskussion um den assistierten Suizid darauf zu achten, dass in erster Linie die Palliativbehandlung berücksichtigt und ausgebaut wird; hierzu zähle ich auch die palliative Psychotherapie. So hatte unsere Patientin neben der medizinischen und pflegerischen Behandlung sowie seelsorgerischer Betreuung nahezu täglich psychotherapeutische Gespräche bis zu ihrem Ableben.

Aus meiner Sicht ist aber auch wichtig, dass wir bei Suizidwünschen nicht einfach mit einem "Gegenkonzept" antworten, und damit diese kategorisch ablehnen; wir können den Suizidwunsch - verbunden mit dem von mir beschriebenen Moratorium - aufnehmen und eine

Alternative anbieten. Sonst wäre ein weiterer, in sich konsequenter Schritt, die Patientin auch aktiv an einem Suizid zu hindern, z.B. indem wir ihr einen Austritt verweigern.

Hätte die Patientin weiterhin auf einen assistierten Suizid bestanden, so wäre dieser nach den aktuellen Leitlinien nicht in unserer psychiatrischen Institution erfolgt; auch hätten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Institution sich nicht daran beteiligt. Aber wir hätten sie wohl - immer stabile psychische Verhältnisse und Urteilsfähigkeit vorausgesetzt - auch nicht mit Zwangsmaßnahmen daran gehindert, die Klinik zu verlassen und auch gewährleistet, dass sie in würdiger Form ihr Anliegen umsetzen kann. Den Bezugspersonen wäre es hierbei freigestanden, sie bei diesem Gang zu begleiten - nicht im Sinne einer Beteiligung am assistierten Suizid, sondern im Sinne des "Daseins" in einer solch existentiellen Lebenssituation.

Von Kollegen, auch Onkologen, höre ich, dass bei einer guten Vorbereitung, einer konsequenten palliativen Medizin auch bei anfangs geäußerten Suizidwünschen diese äußerst selten "im Angesicht des Todes" umgesetzt werden.

Dr. med. Gerhard Ebner

### **Antwort vom Prof. Rupprecht:**

#### Bewusster Suizid und Ethik in der Medizin

Urs Hepp (Heft 124, S. 15 ff) weist mit Recht darauf hin, dass es viele Herangehensweisen an das Suizidproblem gibt. Meine Wahl ist die philosophische und soziologische Sicht und der Wunsch auf Verständnis der Komplexität. Als Philosoph habe ich vor allem Ehrfurcht vor den Freitod-Motiven der Menschen, soweit sie in einem leidvollen Leben begründet sind und die Verwirklichung des Freitodes keinem anderen (rechtlich) schadet. Die Freiheit des Individuums, der Persönlichkeit, ist mir dabei das Wichtigste.

Der Wille des Menschen als soziales Wesen ist bedingt, aber innerhalb eines komplexen Feldes von Bedingungen und Einflüssen frei. Eine Krankheit, die den Willen völlig unfrei macht, halte ich für eine Ausnahme. In welchem Umfange gibt es diese Ausnahmen? Ich weiß es nicht. Menschen ohne freien Willen darf man sicher keine Suizidhilfe geben. Allerdings scheint es Extremfälle als Ausnahmen zu geben, worauf Teising zu Recht hinweist.

In meinem Leben habe ich seit meinem 13. Lebensjahr 12 Suizidfälle von Menschen, die ich kannte, mitbekommen. Und zwar in meinem Verwandtenkreis, Bekanntenkreis, Kollegenkreis und in der Nachbarschaft. Nur von einer Person kann ich sagen, dass sie psychisch ernsthaft gestört war. Die anderen haben ihren Suizid bei klarem Willen frei vollzogen.

Ich selbst habe als schwerkranker 74-Jähriger die Absicht, in folgenden Fällen den Freitod zu wählen: 1. Wenn ich die Schmerzen nicht mehr ertragen kann, trotz „Palliativmedizin“ und Schmerztherapie. 2. Wenn ich mich selbst nicht mehr versorgen kann (Essen - Trinken -Entleeren, Waschen, An- und Ausziehen). 3. Wenn meine Frau vor mir stirbt, wir leben 54 Jahre zusammen. Das ist mein ganz persönliches Credo. Warum kann ich nicht Natriumpentobarbital bekommen, wenn einer dieser Fälle eintritt? Warum befürworten die Ärzte das nicht? Warum wird das nicht gesetzlich geregelt?

Das Lebenwollen der Menschen sehe ich als Philosoph und Soziologe mit der Vorstellung von einer bestimmten Qualität des Lebens verbunden. Diese Vorstellung entsteht im Laufe der Sozialisation. Der Mensch ist soziales Produkt und sozialer Akteur, immer in individueller Ausprägung. Hierin liegen seine wichtigen existentiellen Wahlfreiheiten begründet. Die letzten existentiellen Wahlfreiheiten sind die zwischen Leben und Tod und zwischen möglichen Todesarten.

Das Hauptgefühl des Herangehens an leidende Menschen ist für mich das Mitleid, das Mit-Leiden. In enger Verbindung damit steht die Solidarität. Aus dieser weitgehend sensualistisch-humanistischen Haltung wird Beihilfe zum gewünschten Tod befürwortet.

Medizin ohne Mitleid ist m. E. Medizin ohne Menschlichkeit.

In unserem Jahrhundert verändern sich die Fundamente der ethischen Anschauungen von Ärzten. Neben dem Bleibenden gibt es Neues. Die Ärzte müssen der wachsenden Ausprägung von Individualitäten und Sinngewandungen des Lebens und Sterbens, den neuen Möglichkeiten der Intensivmedizin, der höheren Lebenserwartung mit mehr Kranken in den älteren Jahrgängen Rechnung tragen. Menschen mit ernst gemeintem und tief begründetem Suizidwunsch werden häufiger an Ärzte und medizinisches Personal herantreten.

Hauptforderung an die Ärzte ist, vor allem Helfer des Menschen zu sein. Das gilt vom Geburtshelfer bis zum Sterbehelfer. Man kann nicht den Sterbehelfer wegstreichen und den Sterbenwollenden im Stich lassen. Natürlich sind auch Sterbehelfer denkbar, die keine Ärzte sind. Wichtig ist, dass der Sterbenwollende von seinen Qualen, die er als Folter empfindet, befreit wird. Wenn es nicht anders geht, durch den ersehnten Tod.

Die deutsche Bevölkerung ist wie die gesamte europäische Bevölkerung, selbstverständlich einschließlich der Ärzte, in der Frage der Sterbehilfe gespalten. Tausende Ärzte vollziehen in an Deutschland grenzenden Ländern auf gesetzlicher Grundlage Sterbehilfe in verschiedenen Formen (Schweiz, Niederlande, Belgien). Dabei herrscht weitgehend Einverständnis darüber, dass es „die Ethik“<sup>44</sup> nicht gibt, auch nicht „den Arzt“<sup>44</sup>, „das Gewissen“<sup>44</sup>, „das Sittengesetz“<sup>44</sup> usw. Eine sehr große Gruppe von Menschen in Deutschland tritt für eine humane und liberale Legalisierung der Sterbehilfe ein. Sie wird immer aktiver. Das Menschenrecht auf Freitod fordern nationale und internationale humanistische Verbände und Vereine, juristische akademische Institutionen u.a. Zahlreiche Wissenschaftler und bekannte Kulturschaffende, viele einfache Menschen treten in diesem Sinne auf. Niemand von ihnen will

Zwang. Sterbehilfe kann nicht aufgezwungen werden. Umgekehrt wird aber den Menschen, die für das Recht auf Freitod in Form des assistierten Suizids eintreten, eine rechtliche Regulierung dieses Wunsches versagt und damit der „kreatürliche“ Tod aufgezwungen. (Wenn auch mit schmerzlindernden Mitteln). Kirchenfürsten, christliche Politiker, klerikal angeleitete Verbände und Vereine üben ihren großen Einfluss auf den Gesetzgeber aus, um eine freiheitliche rechtliche Regulierung der Sterbehilfe in Deutschland zu verhindern. Glücklicherweise gibt es aber auch Christen, darunter solche in öffentlichen Ämtern, und Würden, die aus Nächstenliebe und Barmherzigkeit für Legalisierung der Sterbehilfe eintreten.

Die Ärzte als Helfer der Menschen sind natürlich niemals bloße Handlanger. Bei der Geburtshilfe, Gesundheits- und Sterbehilfe sind sie als von der Gesellschaft getragene und fachlich gut ausgebildete Spezialisten gefragt und geachtet. Sie sind Persönlichkeiten mit sehr differenzierten Anschauungen zu Leben und Tod, wie ihre Patienten. Die Achtung vor den Ärzten kann sich nur noch steigern, wenn sie auf begründeten Wunsch beim Sterben helfen. Die hohe moralische Legitimität von Suizidprävention wird damit nicht angetastet, obwohl sie häufig an ihre Grenzen stößt.

Befürworter und Gegner der Legalisierung der Sterbehilfe können sich wechselseitig nicht überzeugen. Bedeutende Persönlichkeiten und ausführliche Begründungen für die kontroversen Standpunkte gibt es auf beiden Seiten. Umfrageergebnisse werden unterschiedlich interpretiert. Deshalb lautet die eigentliche Frage: Wie gehen wir miteinander um, und wie lernen wir uns besser kennen? Und schließlich: Akzeptieren wir in unserer multikulturellen pluralen Gesellschaft gleichberechtigt nebeneinander bestehende Auffassungen über die Formen des Sterbens in Würde mit der notwendigen toleranten, demokratischen Lösung, der Wahlfreiheit!?

Prof. Dr. Frank-Reiner Rupprecht