

Suizidwunsch und die Perspektive der Anderen: Zur Problematik impliziter Vorannahmen und der Hilflosigkeit Nahestehender

Monika Bobbert (Münster)

Zusammenfassung Die Auffassung, dass unter bestimmten Bedingungen ein Suizid hingenommen werden sollte, findet in unserer Gesellschaft zunehmende Akzeptanz. Außerdem verstärkt sich die Tendenz, dass es in bestimmten Fällen ein Recht auf Suizidassistenten geben sollte. Kritischen Stimmen, unter anderem aus den christlichen Kirchen, wird vorgehalten, sie respektierten das Selbstbestimmungsrecht zu wenig. Im vorliegenden Beitrag werden implizite Vorannahmen wie „Freitod“ und „Bilanzsuizid“ unter Einbindung philosophischer und psychiatrischer Erkenntnisse untersucht. Es wird aufgezeigt, warum die Delegation der Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit an die Berufsgruppe der Psychiater zu unterschiedlichen Urteilen führt und warum der so genannte „Bilanzsuizid“ inhaltlich unklar ist. Zusatzkriterien wie „Wohlüberlegtheit“, „unerträgliches Leiden“, „Alternativlosigkeit“, „terminale Erkrankung“ oder „Hochbetagtheit“, die bei kranken oder hochbetagten Menschen, weniger aber bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen angeführt werden, werden kritisch beleuchtet. An Hand aktueller Empfehlungen zum Umgang mit Menschen mit einem Suizidwunsch wird herausgearbeitet, warum ein „Mehr-Augenprinzip“ die mit den strittigen Vorannahmen verbundene Unsicherheit und die unzureichende Begründung der Zusatzkriterien nicht kompensieren kann. Angesichts der nicht ausräumbaren Unsicherheiten, der Gefahr der „Übertragung“ und der Hilflosigkeit der Helfer des Nahbereichs ist dem Vorsichtsprinzip Rechnung zu tragen, da die Normen des Lebensschutzes, der Selbstbestimmung und des Nicht-Schadens auf dem Spiel stehen und Nahestehende angesichts eines Suizidwunsches überfordert sind. Es sind daher institutionelle Strukturen auszubauen, die für Menschen mit einem Suizidwunsch und ihre Nahestehende leicht zugänglich sind, um den Laienhelfern professionelle Helfer zur Seite zu stellen.

Schlüsselwörter Suizid – Beihilfe zum Suizid – assistierter Suizid – Bilanzsuizid – Freitod – Vorannahmen – unerträgliches Leiden – Alternativlosigkeit – Übertragung – Sterbehilfe – Psychiatrie – Suizidprävention – Autonomie – Selbstbestimmung.

1. Einleitung

Pro Jahr sterben in Deutschland etwa 10.000 Menschen durch Suizid¹ und die Zahl der Suizidversuche übersteigt die Zahl der vollzogenen Suizide um ein Vielfaches. Die Schätzung der Häufigkeit von Suizidversuchen ist jedoch dadurch erschwert, dass es in keinem Land eine offizielle Erfassung von Suizidversuchen gibt. Die römisch-katholische Kirche und die Evangelische Kirche Deutschlands treten in allen Fällen von Suizid für Prävention und Lebensschutz ein und halten eine Suizidassistenz für nicht vertretbar.² Diese Position steht in Spannung zu jüngeren gesellschaftlichen und rechtlichen Entwicklungen in Europa und der Schweiz.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat 2016 das in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) in Artikel 8 garantierte Recht auf Privat- und Familienleben dahingehend ausgelegt, dass ein Staat bei einer unheilbaren Erkrankung im Endstadium Zugang zu einem tödlichen Medikament gewähren müsse.³ In seinem Urteil vom März 2017 hat das deutsche Bundesverwaltungsgericht die Auffassung vertreten, das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasse „auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Menschen, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln“.⁴ Für den Fall einer extremen Notlage folge hieraus ein Anspruch auf Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb von Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Selbsttötung.⁵ Derzeit wird in Deutschland geklärt, wie mit diesem Urteil, das die Arzneimittelbehörde betrifft, umzugehen ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat zur verwaltungsrechtlichen Frage des Medikamentenzugangs in Bezug auf Suizid und Suizidbeihilfe ein Gutachten in Auftrag gegeben. Das Rechtsgutachten sieht die Forderung der Bereitstellung eines tödlichen Medikaments kritisch.⁶ In der Schweiz ist der Zugang zu einem tödlichen Medikament über Ärztinnen und Ärzte oder eine Sterbehilfeorganisation möglich.

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015): 10078 Personen starben durch Suizid, davon 7397 Männer und 2681 Frauen.

² Siehe Deutsche Bischofskonferenz (2016), Deutsche Bischofskonferenz, Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (2011), Schweizer Bischöfe, (1999/2002); Deutsche Bischofskonferenz (Hg.) (1995) Bd. 2, 282-284; Johannes Papst Paul II (1995); Papst Paul IV (1965); Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), (2008 bzw. aktualis. 2014).

³ Vgl. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in: NJW 2013, 2953: „Das Recht einer Person zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt ihre Leben beendet sein soll, ist Teil des Rechts auf Achtung des Privatlebens nach Art. 8 EMRK, vorausgesetzt, sie kann ihren Willen frei bilden und entsprechend handeln.“

⁴ Az.: BVerwG 3 C 1915, Rn. 24.

⁵ Vgl. Az.: BVerwG 3 C 1915, Rn. 24.

⁶ Vgl. Di Fabio (2017).

Kritisch äußerte sich u.a. der Deutsche Ethikrat: Wenn es richtig sei, eine staatliche Gemeinschaft dürfe einen hilflosen Menschen nicht einfach sich selbst überlasse, dann dürfe der Staat keine Garantie für einen Zugang zu Mitteln der Selbsttötung geben.⁷ Dies könne außerdem soziale Normen und Überzeugungen schwächen, in denen sich der besondere Respekt vor jedem menschlichen Leben ausdrücke.

Gesellschaftlich findet die Auffassung, dass unter bestimmten Bedingungen ein angekündigter Suizid hingenommen werden sollte, zunehmend mehr Akzeptanz; außerdem verstärkt sich die Tendenz, dass es aufgrund des Persönlichkeitsrechts in gewissen Fällen ein Recht auf Suizidassistenten geben sollte.

Jedoch ist das faktische Vorhandensein moralischer Überzeugungen und Traditionen, seien diese auch durch eine gesellschaftliche Mehrheit oder eine anerkannte Autorität vertreten, ist aus ethischer Sicht noch kein Ausweis ihrer Richtigkeit.

Die folgenden Darlegungen sollen zeigen, dass in der Debatte um Suizid und Suizidassistenten bzw. Beihilfe zum Suizid⁸ durchgängig zwischen der Perspektive dessen, der einen Suizid anstrebt, und der Perspektive der anderen zu unterscheiden ist. Der vorliegende Beitrag geht nicht der Frage nach, ob es aus ethischer Sicht vertretbar oder entschuldigbar ist, dass ein Mensch sich selbst tötet. Vielmehr geht es um die ethische Frage, ob die anderen, die von einem Selbsttötungswunsch erfahren oder eine Selbsttötung erwarten, in bestimmten Fällen vielleicht keine Pflicht zur Lebensrettung haben, sondern die Selbstbestimmung des anderen achten dürfen oder sogar müssen. Zudem geht es um die Frage, ob eine Assistenten zur Selbsttötung aus ethischer Sicht zulässig oder sogar geboten sein kann.

Aber auch kleinteiligere ethische Fragen stellen sich angesichts eines Suizidwunsches eines Menschen aus der Perspektive der anderen: ? Sollen sie den Betroffenen bei der Entscheidungsfindung und Durchführung in Bezug auf einen Suizid unterstützen, oder sollen sie eher Bedenken gegen eine geplante Tat äußern, und den Weg zu Therapie- und Betreuungsangeboten anbahnen? Sollen sie angesichts einer Notfallsituation tun oder lassen?

2. Der Streit um Vorannahmen als Desiderat in der Auseinandersetzung um den Suizid

Bei der ethischen Diskussion über Suizidalität und assistierten Suizid spielen implizite Vorannahmen, die strittig sind, eine wichtige Rolle. Sowohl Positionen, die den Suizid und die Suizidbeihilfe für nicht vertretbar halten, als auch befürwortende

⁷ Vgl. Deutscher Ethikrat (2017), 2.

⁸ „Beihilfe zum Suizid“ ist ein auf das deutsche und Schweizer Recht bezogener Begriff. „Assistenten zum Suizid“ ist der in der ethischen Debatte mittlerweile übliche Begriff. In der Schweiz ist häufig von einem „begleiteten Suizid“ die Rede.

Positionen beruhen auf impliziten Vorannahmen, die zudem teils innerhalb einer Position gewechselt werden, ohne dies kenntlich zu machen. Diese Vorannahmen sind ethisch relevant für die Bewertung eines Suizidversuchs, für die ethische Diskussion von Hilfs- oder Unterlassungspflichten der anderen und für die Gestaltung gesellschaftlicher Institutionen. Sie sind ebenso für die Diskussion der moralischen Verantwortbarkeit einer Suizidassistenz von Bedeutung.

2.1 Erste strittige Vorannahme: Freitod als Ausdruck von Freiheit

Freiheit und Freitod als Besonderheit des Menschen

Bereits die Vorannahme eines Suizids als Ausdruck von Freiheit ist strittig. In der Philosophie wird teils die Position vertreten, dass die Menschen ihre angeborene Freiheit einsetzen können, um über das eigene Leben frei zu verfügen – so etwa David Hume in seiner Schrift über den Suizid.⁹ Der Mensch könne von seiner Macht, seiner Freiheit Gebrauch machen, um die allgemeinen Gesetze der Materie und Bewegung zu durchkreuzen.¹⁰ Friedrich Nietzsche inspirierte mit seiner Zarathustra-Rede „Vom freien Tode“ im 20. Jahrhundert Jean Améry's Plädoyer für den „Freitod“. Der Begriff „Frei-Tod“ beinhaltet nicht nur eine positive Sicht des Suizids, sondern setzt bereits voraus, dass es eine Selbsttötung in Freiheit gibt. Für Jean Améry, der – Opfer des Nationalsozialismus – einen zweijährigen KZ-Aufenthalt überlebte, ist der Freitod ein Akt der Befreiung, der nur dem Menschen möglich ist. „Die Natur sieht den Suizid nicht vor. Und darum ist der Freitod in so hohem Maße ein integrierender Bestandteil des Humanum.“¹¹ Die menschliche Existenz sei absolute Freiheit mit der Möglichkeit, den Zeitpunkt des eigenen Todes zu bestimmen.¹² Es sei eine Grundtatsache, dass „der Mensch wesentlich sich selbst gehört – und dies außerhalb des Netzes gesellschaftlicher Verstrickungen, außerhalb desgleichen, eines biologischen Verhängnisses und Vor-Urteils, das ihn zum Leben verurteilt.“¹³

Dem wird entgegengehalten, dass ein Mensch durch Selbsttötung seine Freiheit an ihr Ende bringt. Ein Abwägungsurteil führt zu dem Schluss, dass länger gelebte Freiheit im Vergleich zu vorzeitig zu Vernichtung führender Freiheit den Vorzug verdient.

Vorannahme einer freien Selbsttötung

Wie viele andere Vertreter aus Ethik und Recht, seien sie für oder gegen Suizid und Suizidassistenz, gehen die katholische und evangelische Kirche davon aus, dass es sowohl den aus Freiheit heraus gewählten Tod und als auch den durch eine Erkrankung oder starke seelische Nöte bedingten Suizid gibt. So wird z.B. im

⁹ Hume (1757; 2013).

¹⁰ Ebd.

¹¹ Améry (1978), 241.

¹² Vgl. Améry (1976).

¹³ Ebd., 87.

Katholischen Erwachsenen-Katechismus erläutert: „Die philosophische Diskussion über die Freiheit und über die sittliche Berechtigung, sich in freier Entscheidung das Leben zu nehmen, setzt voraus, daß diese Freiheitsentscheidung auch konkret möglich ist. Das theologische Bemühen um die Erhellung dieses Phänomens hat eine solche Möglichkeit nicht grundsätzlich ausgeschlossen. [...] In dieser Einstellung nimmt die Kirche die Ergebnisse der neueren Suizidforschung auf. Diese hat empirisch nachgewiesen, daß der Suizid oft am Ende einer Entwicklung steht, die mit einer starken Einengung der seelischen Selbststeuerung verbunden ist und Ausdruck einer unbewältigten Lebenskrise bzw. eines geminderten Selbstwertgefühls ist. Die meisten Menschen, die einen Suizid begehen, vollziehen darin nicht einen Akt der Freiheit, sondern sie befinden sich in einem außergewöhnlichen Zustand, in dem alles auf den Suizid hindrängt. Deshalb darf jemandem, der sich das Leben genommen oder den Versuch dazu unternommen hat, nicht von vornherein die volle Verantwortung für sein Tun zugeschrieben werden. Vielfach ist der Versuch der Selbsttötung ein Appell an die Mitwelt und ein verzweifelter Ruf nach Zuwendung durch die Mitmenschen. Menschen, die selber keinen Ausweg mehr sehen, bedürfen unserer Hilfe und unseres Mitgehens, damit sie aus der Verzweiflung zu einer Neuorientierung ihres Lebens finden.“¹⁴ Demgegenüber sei eine bewusste und freiwillige Selbsttötung sittlich nicht gerechtfertigt: „Frei gewollte Selbsttötung, durch die jemand bewusst seine Autonomie dokumentieren will, ist ihrer ganzen Natur nach eine Absage an das Ja Gottes zum Menschen. Sie ist auch eine Verneinung der Liebe zu sich selbst, zum natürlichen Streben nach Leben und zur Verpflichtung der Gerechtigkeit und Liebe gegen den Nächsten und die Gemeinschaft.“¹⁵

Beide Konfessionen gehen davon aus, dass es sowohl den freiwilligen, bewussten Suizid im Sinnen eines Freitods als auch den nicht selbstbestimmten Suizid gibt, der durch inneren und/oder äußeren Zwang (Krankheit, gesellschaftliche Faktoren) oder durch Irrationalität gekennzeichnet ist.¹⁶ Für die Frage, wie sich die beiden „Fallgruppen“ unterscheiden lassen, geben die kirchlichen Positionspapiere jedoch keine Anhaltspunkte.

Auch im medizinethischen Kontext wird in der Regel von der Unterscheidung zwischen einem Freitod und einem Suizid mit pathologischen Hintergrund ausgegangen, so etwa in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe: „Handelt es sich um

¹⁴ Deutsche Bischofskonferenz (1995), Bd. 2, 283f.

¹⁵ Ebd., 283.

¹⁶ Vgl. Deutsche Bischofskonferenz/Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.) (2011); Deutsche Bischofskonferenz (1995), Bd. 2, 282-284; Evangelische Kirche in Deutschland (2008 bzw. aktualis. 2014); Johannes Papst Paul II (1995); Schweizer Bischöfe (1999/2002), 409; Papst Paul IV (1965), Nr. 27. Vgl. für eine Übersicht der Gründe aus theologischer Sicht Zimmermann-Acklin (2000), 6-8.

einen möglicherweise pathologischen oder um einen freiverantwortlichen Suizidwunsch?“¹⁷

Die Empfehlungen dieser Arbeitsgruppe machen auch deutlich, warum diese Unterscheidung ethisch sehr relevant ist: „Gibt es Hinweise auf pathologische Hintergründe, so hat die Behandlung im Sinne der Suizidprävention Vorrang. [...] Gibt es Handlungsalternativen, die der Suizident in Betracht gezogen hat? Habe ich als angefragter Helfer diese Alternativen ausreichend und angemessen angeboten?“¹⁸ Zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit solle die Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Zweifelsfall durch psychologische oder psychiatrische Expertise beurteilt werden.¹⁹ Inwieweit diese Delegation der Unterscheidung zwischen Freitod und psychischer Erkrankung an die Berufsgruppe der Psychiater und Psychologen in Erwartung einer allgemeinen, „objektiven“ Auskunft entsprechen kann, wird im Folgenden erörtert.

2.1.1 Unterschiedliche Begriffe von Freiheit

In der theologischen und philosophischen Tradition wurden und werden viele Freiheitskonzeptionen diskutiert und Typisierungen vorgeschlagen. Dabei ist offen, auf welche Konzeption von Freiheit sich der Freitod bezieht. Unterscheidet man als Dimensionen der Freiheit die „negative interne“ Freiheit, die „positive interne“ Freiheit, die „negative äußere“ Freiheit und die „positive externe“ Freiheit,²⁰ so lässt sich bereits vermuten, dass der Begriff des Freitods vermutlich eher auf die „innere“ Freiheit zu beziehen ist. Kritiker des Suizids und der Suizidassistenz geben jedoch zu bedenken, dass die Willensbildung eines Menschen auch auf Grund äußerer Einflüsse, also gesellschaftlicher Wertungen und Praktiken wie etwa der Abwertung von Behinderung, Alter oder Krankheit, in eine bestimmte Richtung gelenkt oder sogar eingeschränkt werden könnte.

Negative interne Freiheit

Nach einer Typologisierung des Philosophen Wildfeuer besteht die „negative interne Freiheit [...] in der Abwesenheit von psychischen und physiologischen Hindernissen und Hemmnissen, mithin in der Unabhängigkeit von innerer Naturbestimmung oder psychophysischen Mechanismen (z.B. körperlichen Bedürfnissen, Trieben,

¹⁷ Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin, (2013), 361.

¹⁸ Ebd., 361. Auf die in diesen Empfehlungen vorgelegten Kriterien zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches, unter anderem Wohlerwogenheit und Dauerhaftigkeit, wird weiter unten noch einzugehen sein.

¹⁹ Vgl. ebd., 359.

²⁰ Vgl. Wildfeuer (2011).

Neigungen, psychische Pathologien etc.), die daran hindern würden, Subjekte unseres Wollens und unserer Handlungen zu sein“²¹.

In Bezug auf die Willensbestimmung versteht Kant unter der „Freiheit im praktischen Verstand“ die „Unabhängigkeit der Willkür von der Nötigung durch Antriebe der Sinnlichkeit“²². Die Existenz einer solchen negativen inneren Freiheit wird von Vertretern des psychologischen Determinismus, u.a. David Hume und Harry Frankfurt, bestritten.²³ Entscheidungen und Handlungen sind durch zeitlich oder ursächlich vorausliegende psychische, bewusste oder unbewusste Umstände (Charakter, Wünsche, Motive, Handlungsbegründungen, Urteile etc.) determiniert. Vertreter des physiologischen Determinismus (u.a. J. Priestly oder B.F. Skinner) machen geltend, dass ausnahmslos alle Handlungen von Personen durch vorausliegende körperliche Umstände nach physikalischen Gesetzen determiniert sind, weil Bewusstseinsprozesse immer physiologische Korrelate haben. Beide Determinismusvarianten machen auf die Frage aufmerksam, ob, und wenn ja, inwieweit menschliche Freiheit zwischen Reiz und Reaktion ihren Platz hat.

Der ethische Determinismus im Gefolge von Platon geht davon aus, dass sich der Mensch in seinem moralischen Wollen immer für das entscheidet, was er als sittlich gut erkannt bzw. was ihm als solches vernünftig erscheint. Einwände gegen diese Form der Determiniertheit stammen von Aristoteles und Kant: Sie unterscheiden zwischen der Einsicht in das sittlich Gute und Richtige und verweisen auf die moralische Freiheit: Versteht man Freiheit, wie Kant, als Autonomie des Willens, dann ist damit ein Handeln entsprechend den vollkommenen Pflichten gegen sich selbst gemeint. Die erste Pflicht des Menschen gegen sich selbst bestehe in der Selbsterhaltung in seiner animalischen Natur. Das Widerspiel derselben sei der willkürliche physische Tod. Wenn der Mensch sich selbst als bloßes Mittel zu einem beliebigen Zweck disponieren würde, würde er die Menschheit in seiner Person abwürdigen, der doch der Mensch zur Erhaltung anvertraut war.²⁴ Neigungen und Wünschen nachzugeben, erachtet Kant als Fremdbestimmung.

Positive interne Freiheit

Eine weitere Dimension der Freiheit ist die „positive interne“ Freiheit im Sinne der Willens- und Entscheidungsfreiheit. Sie ist dann gegeben, „wenn alle internen (psychophysischen) Handlungsfaktoren und Möglichkeitsbedingungen vorhanden sind, die dazu beitragen bzw. es ermöglichen, dass wir uns trotz und entgegen natürlicher Vorgaben und Einflussfaktoren allein von Vernunft bestimmen, uns eigene Ziele setzen bzw. zur Verfolgung unserer Interessen wählen und überhaupt

²¹ Wildfeuer (2011), 359.

²² Kant (1968; 1781), A 534.

²³ Vgl. zum Folgenden Wildfeuer (2011), 360.

²⁴ Vgl. Kant (1968), A 69-73.

Wertorientierungen ausbilden und Ordnungen setzen können, für die wir Verantwortung zu tragen haben“²⁵.

Im Unterschied zur inneren Freiheit geht es bei der äußeren Freiheit um die Ausführung einer schon getroffenen Entscheidung bzw. um die Realisierung eines bestimmten, konkreten Willensentschlusses, d.h. um den Handlungsspielraum des Wollens.

Negative externe Freiheit

„Die negative äußere Freiheit [...] besteht in der Unabhängigkeit von äußeren, unser Handlungsfeld einschränkenden und determinierenden Zwängen und Hemmnissen, die das Handlungssubjekt hindern das zu tun, was es will. [...] Genauerhin besteht sie, zum einen (a) in der Unabhängigkeit von der äußeren, der Realisierung unseres Wollens und unserer Zwecksetzungen entgegenstehenden Naturbestimmung (physische Freiheit), aber auch von Schicksal, Vorsehung und Zufall, durch die der Handlungsspielraum des Subjekts nicht nur eingeschränkt, sondern gänzlich aufgehoben würde.“²⁶ Die negative äußere Freiheit besteht zudem in (b) der Befreiung von den Zwängen der Natur durch Wissenschaft und Technik, und (c) in der Freiheit von gesellschaftlichen Zwängen, die von überindividuellen sozialen und kulturellen Strukturen, Institutionen, Normen und Konventionen ausgehen können.

Positive externe Freiheit

Schließlich charakterisiert Wildfeuer die Dimension „positiver externer“ Freiheit dahingehend: Sie „besteht darin, das, was man der Möglichkeit nach kann, auch tatsächlich zu tun, mithin durch Handlungen in der Wirklichkeit das Gesollte und Gewollte auch umzusetzen, selbst gesetzte Zwecke zu verwirklichen bzw. eigene Bedürfnisse zu befriedigen und sich Wünsche erfüllen zu können. Sie lässt sich (a) als reale Möglichkeit zur individuellen wie kollektiven Gestaltung der eigenen Lebenswelt, d.h. der naturalen Umwelt wie der sozialen Mitwelt, durch eingreifende Handlungen, mithin als Handlungsfreiheit [...] oder Freiheit der Tat [...] verstehen.“²⁷ Sie finde (b) ihren Niederschlag in der Steigerung wissenschaftlicher und technischer Erkenntnis- und Handlungsmöglichkeiten. Hinsichtlich sozialer und politischer Rahmenbedingung von Handlungen bestehe positive externe Freiheit in der Partizipation an politischen Meinungs- und Willensbildungsprozesse, der Etablierung einer gerechten sozialen Ordnung und der Mitgestaltung der zivilgesellschaftlichen Sphären.

Willensbildung

²⁵ Wildfeuer (2011), 360.

²⁶ Ebd., 362.

²⁷ Ebd., 363.

Theoretisch wie praktisch ist die Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Bedingungen der Willensbildung, wie Wildfeuer sie anbietet, nur eine analytische. Denn selbstredend gibt es ein Zusammenspiel von individueller Urteilsfindung und strukturellen Rahmenbedingungen: Sozialisation und Bildung prägen unsere Präferenzen und Ziele. Außerdem beeinflussen implizites oder explizites Wissen um Alternativen oder antizipierte Reaktionen des Umfelds unsere „internen“ Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse.

Die Vorannahme des Freitodes bezieht sich in erster Linie auf die Willensfreiheit und weniger auf die äußere Freiheit im Sinne von Handlungsfreiheit bzw. dem Handlungsspielraum des Wollens. Betrachtet man allerdings die oben kursorisch angeführten Ausdifferenzierungen der inneren Freiheit als Freiheit von inneren Einschränkungen und die Freiheit fördernden inneren Faktoren, so wird deutlich, wie komplex die Annahme eines freien Willens ist sowie, dass es ernst zu nehmende Anfragen an die innere Freiheit gibt – auf der grundsätzlichen Ebene, aber auch im konkreten Fall.

Für die Annahme eines Freitods lassen sich Präzisierungen des Begriffs Freiheit und die Auseinandersetzung mit Determinismus-Anfragen nicht umgehen. Da der Freitod nicht näher charakterisiert wird, ist offen, wie er sich von anderen, möglicherweise unfreien Suizidwünschen abgrenzen lässt. Darüber hinaus müssen sich die anderen jedoch zumindest pragmatisch zum Freiheitsbegriff verhalten. Ein Weg besteht darin, psychische Erkrankungen durch Hinzuziehen professioneller Expertise aus Psychologie oder Psychiatrie auszuschließen.

Willensbildung

Theoretisch wie praktisch ist die Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Bedingungen der Willensbildung nur eine analytische. Denn selbstredend gibt es ein Zusammenspiel von individueller Urteilsfindung und strukturellen Rahmenbedingungen: Sozialisation und Bildung prägen unsere Präferenzen und Ziele, und implizites oder explizites Wissen um Alternativen oder antizipierte Reaktionen des Umfelds beeinflussen unsere „internen“ Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse.

Die Vorannahme des Freitodes bezieht sich in erster Linie auf die Willensfreiheit und weniger auf die äußere Freiheit im Sinne von Handlungsfreiheit bzw. dem Handlungsspielraum des Wollens. Betrachtet man allerdings die oben kursorischen angeführten Ausdifferenzierungen der inneren Freiheit als Freiheit von inneren Einschränkungen und inneren, die Freiheit fördernden Faktoren, so wird deutlich, wie komplex die Annahme eines freien Willens ist sowie, dass es ernst zu nehmende Anfragen an die innere Freiheit gibt – auf der grundsätzlichen Ebene, aber auch im konkreten Fall.

Für die Annahme eines Freitods lassen sich Präzisierungen des Begriffs Freiheit und die Auseinandersetzung mit Determinismus-Anfragen nicht umgehen. Da der Freitod nicht näher charakterisiert wird, ist offen, wie er sich von anderen, möglicherweise unfreien Suizidwünschen abgrenzen lässt. Darüber hinaus müssen sich die anderen jedoch zumindest pragmatisch zum Freiheitsbegriff verhalten. Ein Weg besteht darin, psychische Erkrankungen durch Hinzuziehen professioneller Expertise aus Psychologie oder Psychiatrie auszuschließen.

2.1.2 Willensfreiheit und Krankheit

Weltweit weisen circa 90 Prozent aller Suizidenten zum Zeitpunkt ihrer Selbsttötung nach psychologischen Autopsien eine psychische Erkrankung auf, an erster Stelle eine Depression (circa 60 Prozent), an zweiter Stelle eine Suchterkrankung (circa 20 Prozent) oder eine schizophrene Psychose (circa 10 Prozent).²⁸ Bei 5 bis 12 Prozent der Suizidenten werden keine psychischen Erkrankungen gefunden bzw. liegen keine Diagnosen psychischer Störungen vor. Die Weltgesundheitsorganisation nennt in ihren Empfehlungen zur Suizidprävention neben allgemeinen externen Risikofaktoren wie niedriges und mittleres Einkommen, Krieg, Katastrophen, Belastung durch Akkulturation, Diskriminierung, Isolation, Erfahrung von Missbrauch und Gewalt als individuelle Risikofaktoren neben psychischen Erkrankungen vor allem auch existentielle finanzielle Krisen, chronischen Schmerz, konflikthafte Beziehungen und familiäre Modelle für Suizid.²⁹ Neben psychischen Erkrankungen können also noch Faktoren anderer Art zum Phänomen Suizidalität beitragen.

Psychiatrische Zweifel an der freien Selbsttötung

Fragt man, ob eine Selbsttötung das Ergebnis einer freien, selbstbestimmten Überlegung und Handlung sein kann, so verweist Wolfersdorf, der als erfahrener Psychiater die Studienlage referiert, darauf, dass überlebte oder abgebrochene Suizidversuche in 80 bis 90 Prozent der Fälle nicht wiederholt werden.³⁰ Suizidgedanken seien zudem meist temporäre Erscheinungen schwankender Gemütsverfassung. Die Zeitspanne zwischen Suizididee und Durchführung betrage bei den meisten Selbsttötungen weniger als 24 Stunden. Bei 42 Prozent betrage die Bedenkzeit weniger als eine Stunde. Suizidale Handlungen entstünden also meist kurzfristig. Es gebe aber auch Patienten, die sich über viele Jahre hinweg immer wieder mit der Idee des Suizids im Sinne eines konstanten Denk- und Verhaltensmusters beschäftigten.

Im präsuizidalen Vorfeld gingen zunehmend äußere und innere Ressourcen („Einengung“) verloren. Es gebe Phasen der Ambivalenz, des Appells und der inneren Zerrissenheit zwischen „So-nicht-leben-Können“ und Lebenswunsch. Es

²⁸ Vgl. für einen Überblick über die Studien zum Suizid: Wolfersdorf (2015), 452.

²⁹ Vgl. World Health Organisation (2014).

³⁰ Vgl. Wolfersdorf (2015), 454.

liege also eine komplexe Motivstruktur und kein eindeutiger Todeswunsch vor.³¹ „Für Psychiatrie und Psychotherapie ist Suizidalität, unabhängig von psychischer Erkrankung, ein ‚psychiatrischer Notfall‘ und eine psychiatrische Kernaufgabe.“³² Hier sei zu fragen, was Menschen näher an suizidales Denken und Handeln heraufbringe und welche Hilfe, Therapie und soziale Unterstützung dann benötigt würden.

Unstrittig ist in der gesellschaftlichen Debatte, dass bei einem Suizidwunsch im Kontext psychischer Erkrankungen die innere personale Freiheit und Willensbildung eingeschränkt sind. Normalerweise soll angesichts eines Suizidwunschs ausgeschlossen werden, dass eine psychische oder physiologische Erkrankung vorliegt, die mit Suizidalität einhergeht. Fachexperten, die sich psychiatrische Diagnosekriterien zu eigen machen, wird zugetraut, eine solche psychische Erkrankung auszuschließen.

Ausschluss psychischer Krankheit und Willensfreiheit

Der Ausschluss einer definierten psychiatrischen Diagnose bedeutet pragmatisch gesehen im Umkehrschluss die Selbstbestimmtheit des Suizidwilligen: Ein Mensch gilt in Lebenssituationen und Gemütszuständen, für die es keine derzeit anerkannten medizinischen oder psychologischen Diagnoseschlüssel gibt, nicht als krank und damit als selbstbestimmt. Jedoch ist die Bezugnahme auf die medizinisch-psychologische Krankheitsdefinition partikular – auf Grund der gesellschaftlichen und historischen Veränderbarkeit von Krankheitsverständnissen und auf Grund ihrer Disziplinen- und Berufsabhängigkeit: Man denke etwa an die Explikation des relativ neuen Krankheitsbilds der „Traumatisierung“, das in seiner heutigen Konzeptualisierung als Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) erst 1980 in das Diagnostische Manual der American Psychiatric Association³³ Eingang gefunden hat,³⁴ oder an die „Entlassung“ der Homosexualität aus den Krankheitsklassifikationen (ICD, DSM) der Mediziner und Psychologen. Schon allein der empirische Befund der statistisch signifikanten Korrelation zwischen Suizidalität und PTSD zeigt, dass der Ausschluss einer psychiatrischen Störung kein starkes Kriterium für die Freiwilligkeit des Suizidwunsches sein kann.

Aber auch insgesamt ist die Zuschreibung bzw. Nicht-Zuschreibung von Krankheit durch Psychiater oder Psychologen kein überzeugender Weg zur Absicherung der Willensfreiheit. Denn sobald sich aus ethischer Sicht Gründe für Handlungen auf einen Krankheitsbegriff beziehen, wird bei genauerem Hinsehen deutlich, dass berufs- oder disziplinenbezogene Klassifikationssysteme in ihrer Möglichkeit, Krankheit von Gesundheit zu unterscheiden, Grenzen haben bzw. auf einer

³¹ Ebd., 454.

³² Ebd., 452.

³³ Vgl. Post-traumatic Stress Disorder, in: American Psychiatric Association (1980), no.309.89.

³⁴ Vgl. Seidler/Eckart (2005).

negativen oder positiven Bewertung somatischer und psychischer Normabweichungen beruhen.³⁵ Die Identifikation einer Abweichung bedarf stets eines Maßstabs, einer Norm. Die Art der Norm, etwa ein statistisches Mittel, biofunktionales Funktionieren oder gesellschaftliche Erwartungen, ist variabel und wird zum Zweck der Zuschreibung von Krankheit gesetzt. So bedeutet beispielsweise die statistische Norm, dass die meisten Menschen keinen Suizidwunsch haben, noch nicht, dass allein die Abweichung von der Norm eine Krankheit darstellt. Ebenso wenig kann die „Störung“ der biologischen Systemfunktion „Lebenserhalt“ als Krankheit bezeichnet werden, will man einen Fehlschluss vom Sein auf das Sollen vermeiden.

Außerdem ist festzuhalten, dass mit Hilfe eines Negativbefundes in Bezug auf eine psychische oder somatische Erkrankung, die mit Suizidalität einhergehen kann, die Unterstellung von Freiheit zwar vorgenommen wird, weil nichts entgegensteht. Gleichwohl geht es im Zusammenhang mit Suizidalität nicht, wie in anderen Situationen um revidierbare, mehr oder weniger gewichtige Entscheidungen und Handlungen, sondern um die umfassende Beendigung der Freiheit und des Lebens eines Menschen. Insofern lässt sich fragen, ob Außenstehende in diesem Kontext einen Negativbefund als ausreichend erachten sollten.

Suizidalität als psychische Störung

Die Offenheit der psychiatrischen Diagnostik stellt ein Problem dar, da der Berufsstand der Psychiater selbst bezüglich der Einordnung der Suizidalität gespalten ist: Die einen gehen davon aus, dass Suizidalität generell ein krankhaftes Symptom darstellt. Nach Tilo Held versteht die heutige Psychiatrie unter psychischer Krankheit einen „prinzipiell reversible(n) Verlust von Freiheitsgraden des Erlebens und Verhaltens.“³⁶ „Somit kann aus psychiatrischer Sicht der Suizident, der sich als im Vollbesitz seiner freien Selbstverfügung stehend bezeichnet, durchaus psychisch krank sein.“³⁷ Held stellt zwei ätiologische Modelle von Suizidalität vor, das eine bei einer „psychisch gesunden“ Persönlichkeit“, das andere im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung.³⁸ Beiden gemeinsam sind psycho-, bio- und soziologische Ausgangsbedingungen, gewisser lebensgeschichtlicher Entwicklungen. Die psychisch gesunde Persönlichkeit sei durch selbstdestruktive Stile der Konfliktbewältigung gekennzeichnet, die psychisch kranke Persönlichkeit durch Hoffnungslosigkeit, Bedrohtheitsgefühle und Wahn.

³⁵ Vgl. zur Vielfalt der Krankheitsbegriffe und zur nicht gelösten Frage guter Gründe für einen evaluativen Maßstab, für Abweichungen und letztlich dann „Erkrankungen“ Bobbert (2000); Hucklenbroich/Buix (Hg.).

³⁶ Held (2003), 165.

³⁷ Ebd., 165.

³⁸ Ebd., 166.

Im Grunde greifen damit einige Psychiater die oben dargelegte philosophische Vorstellung auf, dass der Wunsch nach Lebensbeendigung ein Selbstwiderspruch sei, der als krank zu werten sei.³⁹ Die anderen wiederum gehen von der Unterscheidung zwischen Freitod bzw. Bilanztod (siehe näher dazu unten) und psychiatrischer Erkrankung aus.⁴⁰

Freier Suizidwunsch innerhalb einer psychischen Erkrankung

Weiterhin gibt es eine dritte Position, nach der selbst innerhalb einer chronischen psychischen Erkrankung ein freier Willensentscheid für den Suizid möglich ist. Die im Auftrag der Sterbehilfeorganisation Exit-Deutsche in der Schweiz tätige interdisziplinäre Gutachtergruppe, der unter anderem ein Psychiater und ein Allgemeinmediziner angehörten, publizierte im Jahr 2005 einen Beitrag zur Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen.⁴¹ Neu an diesem Beitrag war, dass die Autoren die Behauptung aufstellten, dass auch innerhalb einer psychischen Erkrankung, wie etwa einer chronischen Depression oder Schizophrenie, ein selbstbestimmter Suizidwunsch möglich sei: „Suizidalität kann bei Menschen mit psychischen Störungen auch in relativer Unabhängigkeit von dieser andauernden oder episodenhaften Störung auftreten. Der Suizid erscheint dann als Konsequenz einer nicht durch Krankheitssymptome bestimmten Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Störung und einer selbstkritischen Reflexion der eigenen Lebenssituation und -aussichten (so ist es z.B. bei Schizophrenien mit jahrelang chronischem Verlauf möglich, dass informierte und dauerhafte Suizidwünsche auch in relativer Unabhängigkeit von der Störung geäußert werden).“⁴²

Die interdisziplinäre Schweizer Gruppe differenziert also zwischen einem Sterbewunsch, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist, und einem Sterbewunsch, der „aufgrund eines selbst bestimmten, wohlervogenen und dauerhaften Entschlusses zustande kommt“⁴³. Diese Fachgruppe sieht keinen plausiblen Grund, warum ein Suizidwille lediglich bei somatisch terminal Kranken respektiert werden sollte und legt Bedingungen dar, unter denen auch eine Suizidbegleitung bei chronisch Kranken, Hochbetagten oder Menschen mit psychischen Störungen angezeigt sein könne:⁴⁴ Urteilsfähigkeit sei gegeben, „wenn die betreffende Person in der Situation selbst 1. angemessen informiert ist, 2. die Fähigkeit besitzt, die Situation und die Folgen ihrer Handlung zu verstehen, 3.

³⁹ Vgl. den Psychologen und Gründungsmitglied von ARCHE zur Beratung in Lebenskrisen und zur Suizidprävention Angermann, Christoph u.a. (1986), 157; vgl. den Psychiater Etzersdorfer (1994); vgl. weiterführend Wolfersdorf/Etzersdorfer (2011).

⁴⁰ Vgl. u.a. Scobel (1981).

⁴¹ Vgl. Rippe u.a. (2005) 3, 53-62.

⁴² Ebd., 61.

⁴³ Ebd., 53.

⁴⁴ Ebd., 58.

aufgrund dieses Verstehens frei entscheiden (und nicht von Dritten beeinflusst wird).“⁴⁵ Diese aus der angelsächsischen Medizinethik, dem Informed Consent, entnommen Elemente werden erweitert, da die Anforderungen bei einer Entscheidung für den Suizid besonders hoch seien: Als zusätzliche Kriterien werden daher die Dauerhaftigkeit und die Wohlerwogenheit der Entscheidung eingeführt. Denn lediglich kurzfristigen Wünschen nachzugeben, sei moralisch falsch. „Zudem ist zu prüfen, ob es sich um einen wohlerwogenen Entschluss handelt.“⁴⁶ Allerdings gibt diese Expertengruppe keine Kriterien an, wann innerhalb einer psychischen Erkrankung ein Suizidwunsch so betrachtet und von den Experten „geprüft“ werden sollte wie der eines Menschen ohne diagnostizierte psychische Erkrankung.

Auch die Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin in Deutschland vertritt die Ansicht, dass innerhalb einer psychischen Erkrankung ein wohlüberlegter Suizidwunsch gebildet werden könne.⁴⁷ Dafür weist sie auf Schwierigkeiten der Zuordnung und Abgrenzung hin. Es fällt jedoch auf, dass sich den Erläuterungen der relevanten Psychopathologien, also „depressiven Störungen“, „Persönlichkeitsstörungen und schizophrenen Erkrankungen“, „depressiven Verstimmungen, und „dementiellen Entwicklungen“ fast durchgängig entnehmen lässt, dass die Autoren nochmals innerhalb dieser psychiatrischen Erkrankungszustände zwischen „behandlungsbedürftigen“ und „freiverantwortlichen“ Suizidwünschen unterscheiden.⁴⁸ Doch nennen die Autor(inn)en keine Abgrenzungskriterien, sondern plädieren für Überprüfungen im Einzelfall.

Auffällig in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ ist ein textimmanenter Widerspruch: Zunächst wird auf mögliche fachliche Kontroversen in Psychiatrie und Psychologie hingewiesen, auf die Möglichkeit eines freiverantwortlichen Suizidwunsches innerhalb einer psychiatrischen Erkrankung. Letztendlich wird eine Einzelfallprüfung genannt, um an späterer Stelle in den Empfehlungen die Überprüfung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches der psychiatrischen und psychologischen Expertise zu übertragen. Es liegt nahe, dass in einer Einzelfallprüfung dann die individuell gewählten impliziten Vorannahmen des jeweiligen Psychiaters oder Psychologen den Ausschlag geben werden.

Suizidalität als typischer Symptomkomplex

⁴⁵ Ebd., 60.

⁴⁶ Ebd., 60 (Hervorh. M.B.).

⁴⁷ Vgl. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (2013) 359 (Hervorh. M.B.).

⁴⁸ Vgl. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (2013), 357.

In einer vierten Position, die häufig von Psychiatern vertreten wird, legen drei Experten aus ihrer Arbeit mit Suizidgefährdeten dar, dass Suizidalität und psychische Krankheit nicht in einem engen Zusammenhang stehen, sondern eine Schnittmenge bilden, die durch eigene psychische Symptome gekennzeichnet ist: „Aus klinisch psychiatrischer Perspektive kann Suizidalität als ein eigenständiges Phänomen verstanden werden, das deutlich mit dem Erleben und weniger mit objektivierbaren Symptomen psychiatrischer Erkrankungen zusammenhängt.“⁴⁹ Suizidalität trete im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich häufiger bei Menschen mit psychischer Erkrankung auf, besonders bei Depressionen, Psychosen, Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen. Doch erlaube die Diagnose einer Depression oder Persönlichkeitsstörung weder eine Aussage über das Vorhandensein oder die Funktion und Bedeutung der Suizidalität eines Patienten. Für die drei Kliniker aus Therapiezentren für Suizidgefährdete ist Suizidalität per definitionem behandlungsbedürftig, auch wenn keine andere psychische Erkrankung diagnostiziert ist.

Überblickswerke aus der Psychologie zeigen auf, dass unterschiedliche theoretische Modelle sich auf die Diagnostik und Risikoabschätzung auswirken, indem sie unterschiedliche psychosoziale Variablen suizidalen Erlebens und Verhaltens hervorheben.⁵⁰ Während alle Modelle Hoffnungslosigkeit als wichtiges Symptom einstufen, sind die anderen Faktoren – die Überzeugung, es nicht ertragen zu können, kognitive Einengung, der Eindruck, demütigenden Erlebnissen ausgesetzt zu sein und keinen Ausweg zu haben, der Eindruck, eine Last für andere zu sein, fehlende Zugehörigkeit zu einer geschätzten Gruppe sowie Furchtlosigkeit vor Schmerz, Sterben und Tod – je spezifisch für die verschiedenen Modelle. „Vor dem Hintergrund der derzeitigen Studienlage und des heterogenen Verlaufs suizidaler Krisen kann keines der Modelle alleinige oder gar absolute Gültigkeit bei der Vorhersage von Suizidalität beanspruchen.“⁵¹ Die Autoren weisen auf, dass die Suizidalitätsdiagnostik schwierig ist, weil suizidales Erleben breit gefächert sei.

Zwischenfazit zu Willensfreiheit und Krankheit

Insgesamt zeigt sich, dass der Ausschluss einer psychiatrischen Erkrankung nicht ausreicht, um von einem „Freitod“ auszugehen. Zugleich lässt sich selbst dann, wenn eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert wird, die Frage nach einem „Freitod“ innerhalb der psychischen Erkrankung stellen. Das Oppositionspaar „psychische Krankheit“ und „psychische Gesundheit“ unter Verweis auf psychiatrische bzw. psychologische Diagnostik ist daher kein gangbarer Weg für die Plausibilisierung des „Freitods“.

⁴⁹ Lindner u.a. (2003), A 1006.

⁵⁰ Vgl. Formann u.a. (2016), 35f.

⁵¹ Ebd., 35f.

Angesichts der Opposition von Freitod und Krankheit macht der theologische Ethiker, Adrian Holderegger, in zahlreichen einschlägigen Publikationen zu Suizid und Ethik bereits seit Ende der 1980er Jahre darauf aufmerksam, dass sich die heftigsten Diskussionen um die Annahme, dass Menschen „scheinbar bei völliger seelischer Gesundheit und aus scheinbar freier Willensentscheidung in den Tod gehen“⁵², entzündeten. Er legt dar, dass man auf Grund praktischer Erfahrungen jenseits von subtilen Debatten um Krankheit und Freiheit davon ausgehen müsse, dass der Suizidgefährdete in der Regel nicht imstande sei, an seinem Leben festzuhalten. „Verstehen wir Freiheit nicht so sehr als Freiheit der Wahl, sondern als jene Fähigkeit, zu sich selbst Distanz zu gewinnen, die Dinge sachangemessen einzuschätzen und die Lebenskonsequenz auch unter veränderten Situationen durchzuhalten, dann muss man von der Tatsache ausgehen, dass die allerwenigsten Suizidanten diese Fähigkeit noch besitzen.“⁵³ Mit Blick auf medizinische Erkenntnisse sei eine Suizidhandlung der Abschluss einer Einengung, welche eine normale psychische Selbststeuerung nicht mehr erlaube.⁵⁴ Holderegger verlässt die Debatte über Krankheit und Freitod und reformuliert den Suizidwunsch als Ausdruck einer unbewältigten Sinnfrage. Damit seien weniger philosophische und theologische Fragen nach dem Sinn unserer menschlichen Existenz gemeint als vielmehr zwischenmenschliche Probleme: „Gibt es einen Menschen, der zuverlässig zu mir hält? Gibt es ein menschliches Du, das mich versteht?“⁵⁵ Wenn für einen Menschen Geborgenheit und Gemeinsamkeit ausfalle, verdunkle sich der Sinn des Lebens.

Ohne die Frage des Freitods abschließend verneinen zu wollen, beruft sich Holderegger auf Nachuntersuchungen und legt dar, dass Willensfreiheit als Fähigkeit des Willens, ohne Zwang über sich selbst zu bestimmen, bei den meisten Suizidanten nicht gegeben waren, sondern Zwangsmechanismen die Freiheits- und Willensfreiheit eingeschränkt hatten:⁵⁶ „Angesichts der Abhängigkeiten des menschlichen Seelenlebens von körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen gleicht die Lage von uns allen dem Schwimmer im Strom. Wir nehmen uns vor, beim Schwimmen die richtige Richtung einzuhalten, wozu wir in der Regel auch imstande sind. Der beste Schwimmer ist auf der Strömung ausgeliefert, wenn er dem Strudel oder dem Wasserfall zu nahe gekommen ist.“⁵⁷

Der Psychiater Hohendorf sieht Probleme bei der Begutachtung der Freiverantwortlichkeit, da eine gegebenenfalls depressive Verstimmung die

⁵² Holderegger (2002), 78.

⁵³ Holderegger (2002), 78f.

⁵⁴ Ebd. 81.

⁵⁵ Ebd. 86.

⁵⁶ Ebd. 94f.

⁵⁷ Ebd. 95.

Bestimmung der Wohlerwogenheit eines Suizidwunsches erschwere oder grundsätzlich die Unsicherheit der Prognose psychischer Erkrankungen und die Ambivalenz von Todeswünschen zu beachten sei. Eine objektive Begutachtung der Freiverantwortlichkeit von Todeswünschen sei schwer möglich: „Suizidbeihilfe bedeutet Akzeptanz der Alternativlosigkeit der Entscheidung für den Tod und die Aufgabe von Hoffnung und Solidarität im Leben. [...] Suizidale Menschen haben das Recht, dass ihrer Suizidabsicht widersprochen wird.“⁵⁸

Psychiatrisch-klinisches Wissen relativiert offenbar die Rede von der Freiwilligkeit und Wohlüberlegtheit vieler Suizide. Es ist naheliegend, von einer konkreten Freiheitsminderung auszugehen. Die oben genannte Anforderung an Außenstehende, zumindest auf einer pragmatischen Ebene zwischen Freitod und psychischer Erkrankung bzw. Unfreiheit zu unterscheiden, ist schwierig, zumal dann, wenn deutlich wird, dass Psychiater als diejenigen Experten, denen solch eine Unterscheidung zugetraut wird, sich im Streit um die Vorannahme des „Freitods“ unterschiedlich positionieren. Für die Frage nach Präventions- und Hilfeleistungen der anderen haben die eher größer als kleiner gewordenen Zweifel an der Vorannahme der Freiheit eines Suizidwilligen Konsequenzen: Es spricht viel dafür, von einer starken Einschränkung der Willensfreiheit eines Suizidwilligen auszugehen. Geschehenlassen eines Suizids und Suizidassistenz werden fraglich, wenn bei einem Suizidwunsch kein ausreichend freier Wille vorausgesetzt werden kann.

2.2 Zweite strittige Vorannahme: Zur Existenz des „Bilanzsuizids“

2.2.1 Genese und Akzeptanz des Begriffs

Für den römischen Philosophen Seneca war nicht die Länge des Lebens entscheidend, sondern die Art des Lebens. Der Weise, der Philosoph, lebe „so lange, wie es die sittliche Pflicht verlangt, nicht solange er kann. Er wird Ausschau halten wo, mit wem, wie er leben und wirken soll. Immer richtet er sein Sinnen und Trachten auf die Art des Lebens, nicht auf die Länge. Tritt ihm zu viel entgegen, was ihn belastet, was die Seelenruhe stört, dann wirft er des Lebens Fesseln ab, [...] ist der Tod im einen Fall mit Foltern und Qualen verbunden, im andern ganz schlicht und leicht – ja, warum soll ich dann nicht den letzteren wählen. Wie ich mit das Schiff aussuche, mit dem ich in See gehe, ein Haus, in dem ich wohnen will, so wähle ich mir auch die Todesart, wenn ich aus dem Leben scheiden will. [...] Gefällt dir das Leben, so lebe, gefällt's die nicht, so hast die Freiheit, wieder dort hinzugehen, von wo du kamst.“⁵⁹

⁵⁸ Hohendorf (2014), zit. nach: Wolfersdorf (2015), 456.

⁵⁹ Seneca (2014), 70. Brief an Lucilius.

Als Bilanzsuizid bezeichnet man einen Suizid, der auf einer (mehr oder weniger) rationalen Abwägung von Lebensumständen basiert. Nicht das Anliegen, wohl aber den Begriff „Bilanzsuizid“ prägte 1918 der Psychiater Alfred Hoche, und dieser Begriff fand Eingang in die psychiatrische Fachliteratur.⁶⁰ Hoche's Ausführungen zum Bilanzsuizid sind teils vor dem Hintergrund des Endes des Ersten Weltkriegs und der vielen schwer beeinträchtigten Kriegsheimkehrer zu sehen. Er wollte in seinem Kriegsvortrag „Vom Sterben“ der moralischen und rechtlichen Verurteilung des „Selbstmords“ in den Tagen der Kapitulation des Deutschen Reiches etwas entgegenhalten. Eine steigende Zahl der Selbstmorde galt als Signal zunehmender „Volksdegeneration“. Laut Hoche dürften dabei aber Lebensschwierigkeiten und die Frage, wie sehr oder wie wenig das Leben lebenswert sei, nicht außer Acht gelassen werden. Es gebe, wenn auch selten, den Bilanzselbstmord, bei dem in kühler und klarer Besonnenheit alle dafür und dagegen sprechenden Gründe abgewogen würden.⁶¹

Angesichts negativer Erfahrungen und bleibender Behinderungen – und hier bezieht sich Hoche nicht nur auf das subjektive Empfinden und Bewerten, sondern auch auf soziale Bewertungen, die später im Nationalsozialismus „verobjektiviert“ wurden – plausibilisiert er die Möglichkeit des Bilanzsuizids. Aber schon Nietzsche transportierte in „Also sprach Zarathustra“ in Bezug auf die Bilanzierung neben einer individuellen, subjektiven Sicht auf das eigene Leben implizit „objektive“ Bewertungsaspekte: „Mancher wird auch für seine Wahrheiten und Siege zu alt; ein zahnloser Mund hat nicht mehr das Recht zu jeder Wahrheit.“⁶² Zugleich aber vermittelt er die Idee eines frei gewählten Todes („Meinen Tod liebe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil ich will.“⁶³) und eines individuellen Lebens und Sterbens: „Viele sterben zu spät, und einige sterben zu früh. Noch klingt fremd die Lehre: »stirb zur rechten Zeit!« Stirb zur rechten Zeit; also lehrt es Zarathustra.“⁶⁴

Bis heute gehen viele von der Möglichkeit eines Bilanzsuizids im Unterschied zum Affektsuizid aus: Jean Améry als bekannter Vertreter verlieh dem mit seiner Schrift „Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod“ von 1976 Ausdruck. Der Psychologe

⁶⁰ Vgl. Hoche (1919), 26f. Hoche ist vor allem bekannt für die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ von 1920/22, die er zusammen mit dem Strafrechtler Karl Binding verfasste: In Zeiten des Wohlstands, so Hoche, habe man die Pflege der Geisteskranken noch nicht kritisch erörtern müssen, nun aber, in der ökonomisch und sozial schwierigen Nachkriegszeit sei sie ernst und dringend geworden. Er richtete sich gegen Geisteskranken, von deren „Ballastexistenzen“ sich der Staat durch Tötung von Pflegeleistungen und materielle Versorgungsaufwendungen befreien müsse. Im Nationalsozialismus wurde diese Schrift zum Programm der Vernichtung von psychisch Kranken und Behinderten.

⁶¹ Hoche (1919), 28.

⁶² Nietzsche (1954; 1883), Bd. 2, 334.

⁶³ Ebd., 335.

⁶⁴ Nietzsche (1954; 1883), Bd. 2, 333.

und Psychotherapeut Walter Scobel, sich selbst der Kritischen Psychiatrie zurechnend, charakterisierte 1981 den Bilanzsuizid als einen Suizid von Menschen, „deren Lebensbedingungen so aussichtslos und unwürdig geworden sind, daß sie deshalb mit dem Leben Schluss machen, ohne daß eine psychosoziale Fehlentwicklung oder eine körperliche Erkrankung vorgelegen haben muß. Wir können in diesen Fällen von einem Bilanz-Suizid sprechen.“⁶⁵ Der Suizid oder Suizidversuch könne „letzter und schmerzliche Ausdruck persönlicher Freiheit sein [...], eine harte und unerträgliche Lebenssituation zu beenden, sich von der Last einer real depressiven Wirklichkeit zu befreien [...]“⁶⁶ Auch die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“, die aus Medizin, Theologie, Philosophie und Recht stammen, gehen in ihren „Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe“ von 2013 fraglos davon aus, dass es einen Bilanzsuizid gibt.⁶⁷

2.2.1 Anfragen und Unklarheiten

Zweifel oder gar grundsätzliche Anfragen sind eher selten, obwohl die Rede vom Bilanzsuizid zahlreiche Unklarheiten beinhaltet. Auf diese wird im Folgenden näher eingegangen:

Der in Wien klinisch tätige Psychiater Claudius Stein weist darauf hin, dass sich nicht beantworten lässt, „ob es einen Bilanzsuizid in gleichsam reiner Form gibt“⁶⁸. Er schlägt vor, das Element der Bilanz lediglich als ausschlaggebendes Moment im Zusammenhang eines breiteren Ursachengeflechts zu sehen. Der Psychiater Raimund Klesse verneint dezidiert die Existenz des so genannten Bilanzsuizids.⁶⁹ Eine Dreiergruppe von Psychiatern aus Suizidtherapiekliniken in Deutschland geht gleichermaßen von der Unmöglichkeit aus und beschreibt, dass jenseits psychiatrischer Diagnosen Menschen durch innere und äußere Einschränkungen suizidal werden können.⁷⁰

Im Zentrum der Kontroverse um den Begriff steht nach Claudius Stein die Feststellung, dass der Suizid meist die Konsequenz eines Leidens sei, woran sich die Frage anknüpfe, ob ein Mensch, der – in welcher Form auch immer – leidet, in seinem Willen vollkommen frei sein könne. Die Frage nach der Willensfreiheit, die Stein im Zusammenhang mit dem Bilanzsuizid aufwirft, wurde weiter oben bereits behandelt. Er erachtet als Voraussetzung für eine Bilanz die rationale Abwägung, die, wie er vermutet, durch eine Beeinträchtigung des Willens erschwert sein

⁶⁵ Scobel (1981), 101f.

⁶⁶ Scobel (1981), 110.

⁶⁷ Vgl. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin(2013), 353.

⁶⁸ Stein (2009), 106.

⁶⁹ Vgl. u.a. Klesse (2003).

⁷⁰ Vgl. Lindner u.a. (2003).

könnte. An dieser Stelle wird deutlich, dass implizit auch für das Ziehen einer Bilanz bereits Anforderungen in Bezug auf Rationalität, Authentizität oder Autonomie mit gedacht werden. Darauf wird weiter unten noch einzugehen sein.

Negative oder positive Bilanz?

Der Begriff „Bilanzsuizid“ ist in der Hinsicht zu erweitern, dass er sich nicht zwangsläufig nur auf den Fall einer negativen Bilanz beziehen muss. So nahm etwa die Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit 2014 einen Richtungswechsel vor: Nicht mehr nur unheilbar Kranke, sondern auch „lebenssatte“ und „lebensmüde“ Menschen konnten nun offiziell bei Exit eine Assistenz bei der Selbsttötung beantragen. Der Begriff der „Lebenssattheit“ rekurriert darauf, dass auch eine positive Lebensbilanz zu der Entscheidung führen kann, dass ein Mensch eine Selbsttötung anstrebt. Teilweise wird auf Kulturen verwiesen, in denen es institutionalisierte Suizide in Verbindung mit einer positiven Bilanzierung gegeben hat.⁷¹

Es kann also mit einem Bilanzsuizid zweierlei gemeint sein. Ein geistig gesunder, urteilsfähiger Mensch betrachtet sein gesamtes Leben und zieht eine positive Bilanz, weil angesichts der Erreichung individueller Ziele das Leben erfüllt ist.⁷² Hier wird unterstellt, dass es einen bestimmten Zeitpunkt im Leben eines Menschen geben kann, zu dem er sein Leben als erfüllt betrachtet.

Der Bilanzsuizid kann jedoch, und dies scheint die häufigere Auffassung zu sein, auch Resultat des Abwägens unangenehmer Erfahrungen und Verluste mit positiven Erfahrungen sein. Dabei wird unterstellt, dass eine Verbesserung der Lebenssituation nicht mehr zu erwarten ist.

Ob es einen Bilanzsuizid gibt, wie manche Philosophen oder Psychiater behaupten und andere bestreiten, ist letztlich keine empirische Frage. Die Bejahung eines Bilanzsuizids kann sich zum einen auf die subjektive Sicht eines Menschen auf sein Leben beziehen. Aus der subjektiven Perspektive kann ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens zu einer positiven oder negativen Gesamtdeutung seines Lebens, also zu einer Art „Bilanz“ kommen. Den Schluss daraus zu ziehen sich töten zu wollen, ist jedoch ein anderer Schritt.

Lebensbilanz angesichts unterschiedlicher Autonomiekonzepte

Der aus der Ökonomie entlehnte Begriff der „Bilanz“ verkürzt das Phänomen der Deutung des eigenen Lebens bzw. die Aufgabe Sinnfindung. In der praktischen Philosophie ist in „hierarchischen“ Autonomiekonzepten⁷³ wie denen von Harry

⁷¹ Bei den Inuit war Suizid nach Franz Boas gegen Ende des 19. Jahrhunderts keine Seltenheit und erfolgte meist durch Erhängen. Vgl. Boas (1967;1888).

⁷² Vgl. ausführlicher zur Frage, ob es einen Bilanzsuizid geben kann auch Fenner (2006).

⁷³ Vgl. zur Unterschiedlichkeit von Autonomiekonzepten Bobbert (2015) und Bobbert/Werner (2014).

Frankfurt und Gerald Dworkin die Rede davon, dass Wünsche erster Ordnung reflektiert und mit Wünschen höherer Ordnung in Übereinstimmung zu bringen sind. Autonomie als Authentizität lässt sich mit Blick auf die „Integrative Ethik“ von Hans Krämer mit der Methode der philosophischen Lebensberatung finden. Die Deutung des Lebens sei graduell, sektoriell, temporär und hermeneutisch.⁷⁴ „Lebensziele müssen postteleologisch vom Handlungssubjekt selbst gesetzt werden, und zwar immer wieder neu und wiederholt.“⁷⁵ Nach Hans Krämer wäre eine Lebensbilanz als Gesamtbilanz im Singular nicht denkbar, da sich Ziele und Interpretationen wandeln und nur im Plural vorkommen können. Der französische Philosoph Paul Ricoeur erschließt Identität und Authentizität über Erinnern und Erzählen.⁷⁶ Dies bedeutet nach innen gerichtet, dass sich eine „Lebensbilanz“ nicht ohne Weiteres finden lässt, bzw. immer wieder neu erinnert, gedeutet und erzählt werden kann.

Letztlich ist die Vorstellung einer „Bilanz“ oder eines Bilanzsuizids für Fragen der Selbstbestimmung und des Gelingen des Lebens nicht geeignet ist. Denn von außen betrachtet lässt sich die subjektive Lebensbilanz weder bejahen noch verneinen, solange keine „objektiven“ Kriterien für das Gelingen eines Lebens gegeben werden. Es ist unstrittig, dass es in Bezug auf Fragen des Guten Lebens keine allgemein gültigen Bewertungskriterien geben kann. Erfahrungen des Gelingens und Misslingens sind ebenso partikular wie das Setzen und Bewerten von Lebenszielen und Lebenskonzepten. Ob und wann eine Bilanz sorgfältig, angemessen selbstreflexiv, ohne oder mit kognitiven Verzerrungen, das Verringern kognitiver Dissonanz oder anderer psychischer Effekte vorgenommen wurde, wann eine „Bilanz“ eine schlüssige und mit viele personale Erfahrungen integrierende Lebensdeutung darstellt, lässt sich von außen betrachtet nicht sagen.

Für Außenstehende ist also zum einen unklar, welche Art von „Bilanz“ zu ziehen und von den anderen als „Bilanz“ zu akzeptieren ist: eine Negativbilanz des „unerträgliche Leidens“ oder eine Positivbilanz der „Lebensattheit“⁷⁷? Von außen betrachtet, d.h. durch andere als den Betroffenen selbst lässt sich also nicht zwischen einem Suizidwunsch, der durch eine psychische Erkrankung bedingt ist, einer akuten Lebenskrise bzw. Überforderungssituation und einem so genannten Bilanzsuizid unterscheiden, weil eine „subjektive“ Bilanz nicht durch andere Menschen legitimiert werden kann. Eine Lebensbilanz hängt von den individuellen Lebenszielen und Wertsetzungen ab. Ein Außenstehender kann die Gesamtschau des Lebens eines anderen nicht bestreiten. Aus diesem Grund wird ein Bilanzsuizid teilweise mit den Adjektiven „reflektiert“ und „wohlüberlegt“ charakterisiert oder

⁷⁴ Vgl. Krämer (1995), 128f.

⁷⁵ Ebd., 129.

⁷⁶ Vgl. Ricoeur (1996; 1990).

⁷⁷ Den Begriff verwandte u.a. die Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit in ihrer Statutenänderung.

als „verlässliches, konstantes Ergebnis“ bezeichnet. Im Grund handelt es sich dabei aber um ein Zusatzkriterium.

3 Zusatzkriterien für die Akzeptanz eines Suizidwunsches

Beim Suizid lediglich auf die Freiwilligkeit und Vernünftigkeit eines Menschen mit einem Suizidwunsch abzustellen reicht offensichtlich nicht aus. In der Öffentlichkeit, in ethischen Debatten und in rechtlichen Regelungen werden daher häufig Zusatzkriterien statuiert, die die Plausibilität eines Suizidwunsches entweder auf prozedurale oder materiale Weise erhöhen sollen. Diese sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

3.1 Zusatzkriterien „Wohlüberlegtheit“ und Dauer eines Suizidwunsches

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen, das sich durch den Begriff „Suizidwunsch“ oder „Entscheidung für einen Suizid“ nur teilweise erfassen lässt. Mithilfe klinischer Erfahrung und empirischer Studien gewonnene Informationen weisen zum einen auf eine große Bandbreite suizidalen Erlebens hin, zum anderen auf starke Beeinträchtigungen des seelischen Gleichgewichts. So erläutern die Psychologen Forkmann, Teismann und Glaesmer: „Suizidalität ist kein Alles- oder nichts-Phänomen. Der Begriff umfasst vielmehr die ganze Bandbreite von passiven Suizidgedanken und Suizidwünschen über aktive Suizidgedanken und konkrete Suizidabsichten bis hin zu Suizidversuchen und Suiziden. Suizidales Erleben ist aber nicht nur breit gefächert, sondern unterliegt überdies schnellen Intensitätswechseln: Der Wunsch zu sterben, wie auch die Umsetzung entsprechender Wünsche, kann innerhalb von Minuten aufkommen und vollzogen werden, ebenso schnell können suizidale Krisen aber auch wieder abklingen. Und schließlich unterliegt nicht nur die Intensität suizidalen Erlebens, sondern auch die Intensionsstärke mit der selbstverletzende Handlungen geplant und ausgeführt werden, starken Wechseln.“⁷⁸ Andererseits, so dieselben Autoren, zeichne sich das Phänomen Suizidalität durchgängig durch Hoffnungslosigkeit aus, meist auch durch die Überzeugung der „Unerträglichkeit“ und „Auswegslosigkeit“ und eine kognitive Einengung.

Diese von der Suizidforschung belegten Symptome sind durchaus dazu geeignet, die aktuelle Willensbildung einzuschränken. Sie geben sogar Anlass zu der Vermutung, dass das Kriterium der Dauerhaftigkeit die Gefahr birgt, mit den o.g. Symptomen verwechselt zu werden. Denn ein starrer, auf kognitiven Einengungen beruhender

⁷⁸ Forkmann u.a. (2016), 11.

Suizidwunsch wäre gerade kein Wille, der sich deswegen durch Stetigkeit auszeichnet, weil umsichtig reflektiert wurde.

3.1.1 Wohlüberlegtheit in Anlehnung an den Informed Consent

Eine von der Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit beauftragte Gruppe, bestehend aus zwei Ärzten, einem Philosophen und einem Juristen, plädiert in ihrem Gutachten gegen eine Beschränkung des assistierten Suizids auf Menschen mit einer somatischen terminalen Erkrankung.⁷⁹ Sie treten dafür ein, dass ebenso ein Suizidwunsch von chronisch Kranken, Hochbetagten und Menschen mit psychischen Störungen respektiert werden sollte, sofern die Zusatzkriterien Wohlüberlegtheit und Dauer gewährleistet seien.⁸⁰ Dies bedeute, dass die Anderen vor allem prüfen müssten, ob es sich um einen wohlwogenen Entschluss handle.⁸¹ Ein wohlwogenes Urteil liege dann vor, wenn die betreffende Person

- „1. ihre Situation angemessen versteht und beurteilt,
2. ihre wichtigsten zukünftigen Möglichkeiten kennt und zu einem angemessenen Urteil über deren Eintrittswahrscheinlichkeit gelangt ist,
3. diese Möglichkeiten vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrungen und Wertüberzeugungen geprüft hat.“⁸²

Wichtig an dieser Stelle festzuhalten ist hier zum einen, dass andere, vermutlich Fachleute, die Wohlwogenheit der Suizidentscheidung überprüfen sollen. Die Autoren geben keine Kriterien für die dehnbaren Begriffe „Angemessenheit“, „Wichtigkeit“ und biografiebezogene „Prüfung“ an. Gleichwohl wird davon ausgegangen, dass Außenstehende ein Urteil über die Wohlwogenheit des Suizidwunsches fällen können und sollen.

Nicht ganz so stark wie die Schweizer Gruppe am Informed Consent orientiert merkt die Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ der Akademie für Ethik in der Medizin in Deutschland in ihren Empfehlungen zum Umgang mit Suizidwunsch angesichts der Aufgabe der Überprüfung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches durch Außenstehende an: „Eine Beurteilung wird bei Fällen sehr klarer Lebensrückschau und -vorausschau in hohem Lebensalter unproblematisch sein.“⁸³ Hier geht es also deutlicher um eine Lebensbilanz, doch ob und wann Außenstehende von der Wohlüberlegtheit einer subjektive „Lebensbilanz“ ausgehen dürfen, bleibt offen. Offensichtlich wird das Kriterium der „Wohlüberlegtheit“ unterschiedlich erläutert, bleibt aber in beiden Fällen recht flach.

⁷⁹ Vgl. Rippe u.a. (2005), 58.

⁸⁰ Ebd., 58.

⁸¹ Ebd., 60.

⁸² Ebd. S.60 (Hervorhebung M.B.).

⁸³ Vgl. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (2013), 359.

Nicht nur von den oben genannten Expertengruppen, sondern auch sonst in der Debatte um den Suizid wird das medizinethische Konzept der informierten Zustimmung häufig herangezogen, um Entscheidungskompetenz durch individuumsbezogene Information und demzufolge individuelles Verstehen zu gewährleisten. Nun wurde das Konzept des Informed Consent aber eigentlich dafür entwickelt, eine freie und informierte Zustimmung zu medizinischer Behandlung oder Forschung zu geben.⁸⁴ Es ist kein Zufall, dass dieses Konzept in erster Linie ein Abwehrrecht darstellt und weniger dazu auffordert, sich seine Präferenzen wohl zu überlegen und Wünsche im Einklang mit den eigenen Wertvorstellungen und Lebenszielen zu bilden. Was beim Informed Consent auf Seiten des Patienten geschieht, wie er seinen Willen bildet, bleibt offen. Insofern ist eine Anlehnung an die Elemente des Informed Consent-Konzepts aus der Medizin weder passend noch ausreichend.

3.1.2 Wohlüberlegtheit und individuelle Selbstreflexion

Nun kann man jenseits des Informed Consent gerade die inneren Voraussetzungen eines Menschen stärker in den Blick nehmen. So genannte authentische bzw. hierarchische Autonomiekonzepte⁸⁵ richten den Blick auf die Frage, wann individuelle Präferenzen und Handlungen konkreter Menschen als autonom bezeichnet werden können. Als autonomiefähig in Bezug auf „innere“ Bedingungen machen Gerald Dworkin und Harry Frankfurt das Kriterium der Konsistenz von Präferenzen erster und zweiter Ordnung geltend.⁸⁶ Wenn bei einem Menschen eine Präferenz „erster Ordnung“ mit einer Präferenz zweiter Ordnung in Einklang steht, handelt er autonom, mit anderen Worten: „wohlüberlegt“. Eine etwas andere Hierarchie kennzeichnet Ronald Dworkins Autonomiekonzept:⁸⁷ Er unterscheidet zwischen „experiential interests“ und „critical interests“ einer Person. Mit „experiential interests“ sind die aktuellen Erfahrungen einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt, wie z.B. Hunger, Freude gemeint. Im Unterschied dazu gründen die lang anhaltenden „critical interests“ in der Lebenseinstellung und Identität eines Menschen und haben daher höheren Stellenwert.

Der schon weiter oben erwähnte Ansatz der „Integrativen Ethik“ von Hans Krämer hebt beispielsweise hervor, dass philosophische Beratung Unterstützung bietet, um zur richtigen Lebensführung zu finden.⁸⁸ Eine Bandbreite von neutraler Information, Orientierung, Ratschlägen, Vorschlägen, Anweisungen bis hin zu Appellen sei moralisch geboten, damit der Beratene zur richtigen Lebensführung finden und

⁸⁴ Vgl. als Standardwerk zum Informed Consent Faden/Beauchamp (1986).

⁸⁵ Vgl. für eine Kurzcharakterisierung unterschiedlicher Autonomiekonzepte Bobbert/Werner (2014).

⁸⁶ Vgl. Dworkin(1970) und ders. (1989); Frankfurt (1971) und modifiziert ders. (1992).

⁸⁷ Vgl. Dworkin (1993), bes.179-2017.

⁸⁸ Krämer (1995).

Kompetenzen der Selbstfindung und Entscheidung aktivieren und fördern könne.⁸⁹ Das philosophische Beratungsgespräch erlaube die individuelle und situationsbezogene Zuwendung und biete die Möglichkeit zur Vertiefung. Der Normalfall der Beratung sei durch ein asymmetrisches nichtparitätisches Kompetenz-, Erfahrungs- und Autoritätsgefälle vom Ratgeber zum Ratsuchenden gekennzeichnet. Mehrwissen oder ein Überhang an Reflexion solle vermittelt werden.⁹⁰ Wollte man sich auf Krämer beziehen, würde man eine philosophische Beratung vermutlich als wichtige Voraussetzung für einen wohlüberlegten Wunsch erachten.

3.1.3 Wohlüberlegtheit und zeitliche Dauer

In Bezug auf das Zusatzkriterium der „Wohlüberlegtheit“ und „Dauer“ lässt sich festhalten, dass vielfältige Formen von Überlegungen darunter verstanden werden können. Letztlich wird der Anspruch, der mit dem Zusatzkriterium verbunden ist, vom zugrundeliegenden Autonomiekonzept abhängen. Damit ist „Wohlüberlegtheit“ kein klares Kriterium, es ist nicht einmal klar, was der Suizidwillige selbst an Überlegungen anstellen sollte. Wollen Außenstehende die Wohlüberlegtheit prüfen, wird das Kriterium ad absurdum geführt. Denn damit müsste ein innerer Reflexionsprozess einer Bewertung zugeführt werden. Es wundert nicht, dass die Wohlüberlegtheit daher teils als Zeitdauer, also rein prozedural konzeptualisiert wird. Allerdings ist offen, welche Zeitdauer für das Kriterium „Wohlüberlegtheit“ erforderlich ist. Sicherlich ist Überlegungszeit förderlich für eine gute Entscheidung, doch könnte eine rein formal gesicherte Wohlüberlegtheit auch durch Rahmenbedingungen wie Gespräch, Beratung und Begleitung ergänzt werden.

3.1.4 Zwischenfazit zu den Kriterien „Wohlüberlegtheit“ und „Dauer“

Das Problem der Beurteilung des Suizidwunsches durch Außenstehende verweist also entweder auf die Plausibilität einer biografischen Selbstrekonstruktion oder aber auf weitere Gesichtspunkte, die die Person oder die Lebensumstände eines suizidwilligen Menschen kennzeichnen. Diese Gesichtspunkte müssen für Außenstehende plausibel sein, d.h. sie müssen die von einem Sterbewilligen vorgebrachten subjektiven Gesichtspunkte teilen. Nur auf diese Weise lässt sich eine „Prüfung“ der „Wohlüberlegtheit“ durch „Gutachter“ denken.

3.2 Zusatzkriterium „Alternativlosigkeit“

⁸⁹ Vgl. Krämer (1995), 323ff.

⁹⁰ Ebd., 324.

Wenn bei einem suizidwilligen Menschen von der „Alternativlosigkeit“ eines persönlichen Zustands oder einer Situation die Rede ist, ist meist gemeint, dass der Suizidwillige die angebotenen Alternativen als für ihn nicht akzeptabel beurteilt. Doch diese subjektive Bewertung einer individuellen Lebenssituation und ihrer tatsächlichen oder noch zu erschließenden Alternativen können Außenstehende weder legitimieren noch teilen. Sie können einen Menschen mit Suizidwunsch oft nicht von der Güte oder Attraktivität bestehender Alternativen überzeugen, sie können seine Sicht der Dinge nachvollziehen, nicht jedoch für richtig oder falsch befinden. Wohl aber können Außenstehende die Aufgabe wahrnehmen, gute oder akzeptable Alternativen zu erschließen.

Wenn ansonsten die „Alternativlosigkeit“ einer (Lebens-)Situation bestätigt wird, bedeutet dies entweder mangelnde Freiheit, ja u.U. sogar ein Unter-Zwang-Stehen der Akteure oder eine Affirmation der faktischen Situation. Somit wird es selten eine Alternativlosigkeit der Situation geben, zumal es nicht nur um realisierbare Handlungsalternativen geht, sondern auch um eine Deutung der Alternativen durch die Betroffenen.

Darüber hinaus spielen neben personenbezogenen auch externe Faktoren eine wichtige Rolle. So identifizierte die epidemiologische Forschung der letzten Jahrzehnte neben dem Risikofaktor einer psychischen Erkrankung mit starker Angst, andauernder Schlaflosigkeit, Anhedonie, Hilf- und Hoffnungslosigkeit und gesteigerter Impulsivität auch extern bedingte Risikosituationen:

- „Menschen in psychosozialen Krisen, die sich inneren oder äußerem Ereignissen gegenüber sehen, die sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht bewältigen können und
- Menschen mit bereits offensichtlicher Suizidalität vorhergehenden Suizidversuchen und Suiziden in der Familie.
- Im engeren Sinn keine Risikofaktoren, aber für die Diagnostik der Suizidalität sehr bedeutsam sind akute Trennungserfahrungen, sind sowohl in wichtigen Beziehungen [...] ereignen können.“⁹¹

Die Vorannahme, dass sich die Alternativlosigkeit entweder individuell oder gemeinschaftlich konstatieren lässt, blendet den „Möglichkeitssinn“⁹², die

⁹¹ Lindner u.a. (2003), A 1005.

⁹² Nach Musil (1933/1943), Erstes Buch, Kap. 5: „Wenn es aber Wirklichkeitssinn gibt, und niemand wird bezweifeln, daß er seine Daseinsberechtigung hat, dann muß es auch etwas geben, das man Möglichkeitssinn nennen kann. Wer ihn besitzt, sagt beispielsweise nicht: Hier ist dies oder das geschehen, wird geschehen, muß geschehen; sondern er erfindet: Hier könnte, sollte oder müßte geschehn; und wenn man ihm von irgend etwas erklärt, daß es so sei, wie es sei, dann denkt er: Nun, es könnte wahrscheinlich auch anders sein. So ließe sich der Möglichkeitssinn geradezu als die Fähigkeit definieren, alles, was ebensogut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen als das, was nicht ist. Man sieht, daß die Folgen solcher schöpferischen Anlage bemerkenswert sein können..[...].“

Hilfspflichten anderer und die Handlungsfreiheit im Sinne einer „Freiheit von“ und einer „Freiheit zu“ etwas aus. Zudem ist das Kriterium der „Alternativlosigkeit“ sozialpolitisch blind bzw. affirmiert die bestehenden Zustände. Ein konstruktives Erschließen anderer Möglichkeiten kann selten allein, meist nur in Interaktion mit anderen Menschen erfolgen. Mit dem bloßen Feststellen der Alternativlosigkeit wird auch die Wechselwirkung zwischen Person und Umgebung ausgeblendet. Eine Situation kann erträglicher werden, weil die betroffene Person – etwa im Fall einer erworbenen Behinderung – sich andere Alltags- und Lebensziele setzt oder angesichts des nahenden Todes ihre Aufmerksamkeit auf andere Dinge und Prozesse als früher lenkt. Sobald sich die Rahmenbedingungen ändern, man denke etwa an die soziale oder psychische Unterstützung des Betroffenen, kann sich auch die Wahrnehmung und Bewertung von Alternativen ändern.

Für Befürworter der Beihilfe zum Suizid, die Überlegungen zur Autonomiekompetenz weitgehend ausblenden, scheint es nur zwei Optionen zu geben: Ein Leben mit schwerwiegenden Einschränkungen, das von dem Betroffenen nicht mehr als wünschenswert erachtet wird oder die Selbsttötung. Alternative Lebensvollzüge und ein damit einhergehender Wandel der Selbstwahrnehmung und der subjektiven Präferenzen, die sich z.B. durch angemessene Versorgungsleistungen, eine gute soziale Einbindung oder das Angebot neuer Alltagsaktivitäten ergeben könnten, sind nicht Gegenstand der Überlegungen. Die Voraussetzungen des Entscheidens werden in diesem Fall also oft zu eng gesetzt und Fragen der sozialen Unterstützung eher ausgeblendet.

3.3 Zusatzkriterium „Unerträgliches Leiden“

Das Kriterium des „unerträglichen Leidens“ gilt vielen Befürwortern als wichtiges rechtfertigendes Zusatzkriterium für das Geschehenlassen eines Suizids. Selbst Kritiker können sich der Prima- facie-Plausibilität dieses Zusatzkriteriums kaum entziehen.

3.3.1 Leiden und Mitleid

Das Leiden eines Menschen ruft bei den Mitmenschen oft Mitleid hervor. Es ist nicht nur eine christliche Tugend, sich dem Leidenden zuzuwenden und die „Autorität“ des Leidenden anzuerkennen.⁹³ Dabei gilt es, möglichst diejenige Unterstützung, die der Betroffene selbst für gut hält, zu leisten, um einen Menschen in einer verletzbaren und abhängigen Situation nicht zu bevormunden. Allerdings ist Mitleid

⁹³ Vgl. zur Autorität der Leidenden aus christlich-theologischer Sicht Metz (2007) und ders. (1997), der jedoch die in diesem Beitrag behandelte Frage „anwendungsbezogener“ Ethik nicht vor Augen hatte, sondern vielmehr das Wahrnehmen und Anerkennen der sozial Armen und die Aufforderung an Andere, das Leiden der Anderen nicht zu ignorieren, sondern gegen soziale Ungerechtigkeit einzutreten.

als Gefühl, als unreflektierte Regung nicht immer ein zuverlässiger Indikator für Hilfebedarf und Hilfeleistung. So identifizieren wir uns mit eher mit Menschen, die uns in einer bestimmten Hinsicht ähnlich sind oder die ähnliche Erfahrungen gemacht haben; wir lassen uns primär in engen zwischenmenschlichen Interaktionen oder in personalisierten Berichten vom Leiden eines anderen Menschen ergreifen als in abstrakten Berichten über weiter entfernte Menschen. Ebenso kann es sein, dass wir kein Mitleid empfinden, dass wir die „Unerträglichkeit“ des Leidens eines Menschen nicht nachvollziehen können. Wir verhalten uns also immer affirmierend oder distanzierend zum subjektiv artikulierten Leiden eines anderen.

3.3.2 Präzisierungsbedarf des Begriffs „Leiden“

Neben spontanen Reaktionen des Mitleids oder der Distanzierung lässt sich angesichts des Kriteriums „unerträgliches Leiden“ fragen, worunter der andere genauerhin leidet, etwa unter Schmerzen, Ausgrenzung, Kontrollverlust oder Hoffnungslosigkeit? Der Begriff des Leidens ist also präzisionsbedürftig, da er sich im Hinblick auf viele Dimensionen des Menschseins verstehen lässt: somatisch, psychisch, sozial, spirituell. Welche Art subjektiven Leidens wir bei anderen als Leiden anerkennen, variiert interpersonell, hat stark mit den jeweils Empfindlichkeiten, schlechten Erfahrungen und individuellen Wertungen zu tun. Zudem darf der Begriff des Leidens nicht nur somatisch enggeführt werden. Allein schon wichtige interdisziplinäre Forschungsergebnisse zum Schmerz als einer Konkretisierung des Leidens haben zu einem mehrdimensionalen Schmerzkonzept geführt. Dieses macht deutlich, dass die körperliche, psychische, soziale und spirituelle Dimension zusammenwirken, wenn ein Mensch unerträglich leidet.⁹⁴ Insofern sollte für Erklärungen und Hilfestellungen auch auf allen Ebenen angesetzt werden.

Aus Psychologie und Gerontopsychiatrie gibt es zahlreiche Erkenntnisse, die für die Erklärung eines subjektiv unerträglichen Leidens relevant sind: So besteht ein empirisches Problem darin, dass ein subjektiv unerträgliches Leiden auch durch verdeckte Depressivität bedingt sein kann. Depressive Symptome sind beispielsweise im Alter oft nicht so ausgeprägt wie bei jüngeren Menschen. Außerdem werden sie teilweise von den Betroffenen und ihren Angehörigen auf die negativen Seiten des Alterns im Allgemeinen zurückgeführt.

Vielen Menschen ist nicht bekannt, dass die häufigste psychische Problematik bei 60-Jährigen depressive Syndrome sind. Dies lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass sich Symptome aus unbewältigter Trauer, die sich über eine lange Lebenszeit angesammelt hat, heraus entwickeln können. Hinzu treten

⁹⁴ Vgl. u.a. Student (2011) S. 100ff. Vgl. auch die mehrdimensionale Schmerz-Definition der WHO.

neurophysiologische Alterungsprozesse (vgl. Hormonhaushalt, Abbauprozesse im Gehirn) als Vulnerabilitätsfaktoren.⁹⁵ Außerdem neigen Depressive im Alter zur Somatisierung: Sie projizieren ihre Trauer, Aggression oder Schuldgefühle in den Körper, weil sie nicht gelernt haben, negativ bewertete Gefühle mit Worten zu äußern.⁹⁶

3.3.3 „Unerträgliches Leiden“ und sozialetische Fragen

Aus sozialetischer Sicht sind in diesem Zusammenhang Fragen der gerechten bzw. mangelhaften Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen für ein als unerträglich wahrgenommenes Leiden relevant: Insbesondere im Alter, aber in anderen Lebensphasen lassen sich Suizidraten durch eine flächendeckende psychiatrische und psychologische Versorgung statistisch signifikant verringern.⁹⁷ Umgekehrt besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen erhöhter Suizidgefährdung mit tödlichem Ausgang im Alter und geringer Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch ältere Menschen. Die erhöhte Suizidrate im Alter wird als Folge einer Unterversorgung gedeutet.⁹⁸ Hinzu kommt, dass Depressionen in höherem Alter unter anderem durch biologische und biografische Prozesse bedingt häufiger vorkommen. Daraus müsste sozialpolitisch eigentlich der Schluss gezogen werden, dass insbesondere für ältere Menschen institutionelle Strukturen der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen eingerichtet werden sollten.

Indem das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 02.03.2017 die Erwerbserlaubnis tödlicher Substanzen zur Selbsttötung in einer existenziellen Notlagen mit dem Verweis auf „unerträglichem Leidensdruck“⁹⁹ befürwortet, wird – entgegen der verfassungsrechtlichen Norm des Lebensschutzes und der Hilfeleistung in Notsituationen – eine Bewertung von Lebensqualität eingeführt.¹⁰⁰ Die Urteilsbegründung trennt nicht zwischen Innen- und Außenperspektive, so dass subjektive Unerträglichkeit auch objektiv „unerträglich“ erscheint. In vielen Fällen, so der Deutsche Ethikrat in einer Stellungnahme kritisch zum Bundesverwaltungsgerichtsurteil, würden in einer individuellen Ausnahmesituation lebensorientierte Alternativen nicht mehr gesehen. In vielen Fällen „steht der Wunsch, eine subjektiv unerträgliche und durch anderweitige Maßnahmen nicht mehr zu lindernde, irreversible Leidenssituation durch Suizid zu beenden, in engem Zusammenhang mit der im individuellen Fall verfügbaren Versorgung und

⁹⁵ Vgl. speziell zu Depression im Alter Grond (1993), bes. 29ff sowie Grond (2001).

⁹⁶ Vgl. Grond (1993), bes. 30.

⁹⁷ Vgl. auch Lindner (2014).

⁹⁸ Vgl. Lindner (2007), 345. Vgl. auch ders u.a. (2014).

⁹⁹ Az.: BVerwG 3 C 19.15, Rn. 31.

¹⁰⁰ Vgl. zur Problematik des Kriteriums Lebensqualität ausführlicher Bobbert (2012), 325-386.

Unterstützung. Denn diese ist in vielen Bereichen besonders im Hinblick auf Schmerztherapie, rehabilitative Pflege und Psychotherapie, immer noch defizitär.“¹⁰¹

3.3.4 Appellcharakter „unerträglichen Leidens“

Wenn Außenstehende sich zu einem Leiden, das für einen Menschen „unerträglich“ ist, verhalten wollen, müssen sie zum einen zu verstehen suchen, in welcher Hinsicht und Intensität der Betroffene leidet. Zum anderen ist die „Unerträglichkeit“, also die Schwere des Leidens, aus der Perspektive des Betroffenen zentral. Die Unerträglichkeit hat Appellcharakter für die anderen: Das Leiden ist nach Möglichkeit zu beseitigen oder zumindest zu lindern.

Für den Betroffenen selbst kann die Unerträglichkeit des Leidens bedeuten, dass gerade deshalb, weil er unter starken psychischen oder physischen Schmerzen leidet oder er unter anderen Belastungen und Einschränkungen schwer leidet, seinen Willen nicht mehr frei bilden kann. Insofern wäre ein Suizid nicht die letzte Inanspruchnahme der Freiheit des Menschen, sondern die letzte Unfreiheit.

3.3.5 Zum Umgang mit Personen, die „unerträglich leiden“

Der theologische Ethiker Frank Mathwig weist nicht nur darauf hin, dass „unerträgliches Leiden“ weder eine medizinisch-empirische, rechtliche Kategorie noch ethische Kategorie ist.¹⁰² „Wir verfügen über keine Kriterien, die ‚Unerträglichkeit eines Leidens‘ objektiv festzustellen [...] Unerträgliches Leiden ist immer und ausschließlich das Leiden einer konkreten Person, das dieser unerträglich geworden ist.“¹⁰³ Es ist immer nur das Leiden, das für eine Person unerträglich geworden ist. Das Leiden eines Menschen ist Außenstehenden prinzipiell nicht zugänglich, es ist immer nur das Leiden des Anderen.“ Außenstehende können Mitleid zeigen oder in befremdeter Distanz verharren. Demgegenüber empfindet der leidende Mensch nicht – neben anderem – unerträgliches Leid, sondern er ist es. „‘Unerträgliches Leiden‘ nimmt die oder den Leidenden vollständig in Besitz. Der leidende Mensch erleidet sein Leiden.“¹⁰⁴ Unerträgliches Leiden zu bewältigen benennt eine Herausforderung, die sich grundsätzlich nur an die leidende Person selbst richten kann.

Zum Umgang mit dem „unerträglichen Leiden“ des anderen führt Mathwig aus: Dem Leiden einer anderen Person zu begegnen, setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, sich angesichts der kategorialen Differenz zwischen dem Leiden einer Person und den „objektiven“ Bedingungen, die als Ursachen von Leidenszuständen dem

¹⁰¹ Deutscher Ethikrat (2017), 3.

¹⁰² Vgl. Mathwig (2009), 5.

¹⁰³ 25. Mathwig (2009), 8f.

¹⁰⁴ 25. Ebd., 9.

Handeln Dritter zugänglich sind. „Wir können niemandem sein Leiden – als existentielle, leibhaftige Form des Sich-selbst-Erlebens – nehmen. Wir können lediglich die uns zugänglichen (äußerlichen) Bedingungen der Lebenssituation des anderen Menschen beeinflussen. [...] Die Asymmetrie zwischen der in ihrem Leid gefangenen Person und ihrem aktiven Umfeld muss als Grundbedingung der Interaktion mit leidenden und sterbenden Menschen stets bewusst sein. [...] Der Umgang mit leidenden und sterbenden Menschen verpflichtet uns in besonderer Weise zu einer sorgfältigen, selbstkritischen Reflexion des eigenen Handelns.“¹⁰⁵

Aber nochmals zurück zur Frage, warum Außenstehende oft so gut nachvollziehen können, dass z.B. eine unheilbare Erkrankung wie ein Krebsleiden oder eine Demenzerkrankung, eine schwere körperliche Behinderung oder aber die Lebenssituation eines hochbetagten multimorbiden Menschen „unerträglich“ ist. Wir teilen so manche negative oder positive Wertungen mit anderen, was Urteile über Lebensqualität und Lebensumstände anbelangt. Doch was des einen Glück ist, muss nicht des anderen Glück sein und gleiche gilt für ein subjektiv „unerträgliches“ Leiden. Weithin geteilte Befürchtungen und Wertungen führen nicht zur „Objektivität“ dieser Wertungen. Urteile über das Gelingen oder Misslingen eines Lebens, darüber, für wen ein Leiden unerträglich ist, bleiben immer partikular.

3.3.6 „Unerträgliches Leiden“ und Handlungsforderungen

Zudem ist aus ethischer Perspektive zu beachten, dass auf solchen mehr oder weniger verbreiteten und nur deshalb plausiblen Wertungen keine Handlungsforderungen aufgebaut werden, die moralische Richtigkeit beanspruchen. Aus der Problemanzeige der „Unerträglichkeit“ für einen Menschen folgt noch nicht, welches Mittel wirksam und zudem aus ethischer Sicht vertretbar ist. Wenn durch ein „unerträgliches Leiden“ ein grundlegendes moralisches Individualrecht betroffen ist, muss Abhilfe geschaffen werden, dann sind die anderen zu Hilfe verpflichtet.¹⁰⁶ Die Hilfe als Ziel bedarf konkreter Mittel und Wege, die sich aus ethischer Perspektive verantworten lassen. Es ist sehr fraglich, ob wir aus Mitleid töten dürfen bzw. ob sich „Töten gegen Leiden“ im Sinne einer Assistenz bei der Selbsttötung rechtfertigen lässt. Der Sozialethiker Dietmar Mieth argumentiert, dass der Zweck, die Aufhebung des eigenen oder des anderen Leidens, nicht das Mittel heiligt, nämlich einen anderen Menschen zum Opfer einer Tötungshandlung zu machen. Ein Zweck, den man bejahe, rechtfertige nicht das Mittel, das man als Ziel nicht bejahen würde.¹⁰⁷

3.4 Zusatzkriterien „terminale Erkrankung“, „hohes Alter mit Multimorbidität“, „schwere Behinderung“

¹⁰⁵ 25. Ebd., 9f.

¹⁰⁶ Vgl. z.B. Bobbert, Monika (2012).

¹⁰⁷ Vgl. Mieth (2004), 3.

3.4.1 Gruppenmerkmale und die Akzeptanz eines Suizidwunsches

Wenn Jugendliche oder junge Erwachsene Suizidgedanken oder -wünsche äußern, sind wir alarmiert und versuchen in der Regel mit allen Mitteln, eine Selbsttötung zu verhindern. Die subjektiven Gründe der Betroffenen, z.B. eine gescheiterte oder unerfüllte Beziehung, soziale Einsamkeit oder Misserfolge in Schule, Studium und Beruf vermögen die Bemühungen der Suizidprävention und lebensrettenden Maßnahmen im Fall eines Suizidversuchs kaum zu modifizieren. Auch ist die Frage nach einer Assistenz in Bezug auf den Suizid bei einem jüngeren Menschen kein Gegenstand ethischer oder politischer Debatten über Zulassungskriterien. Selbst wenn ein Suizidwunsch in jungem Alter länger anhalten sollte, also nicht als Ausdruck akuter Verzweiflung und hoher Emotionalität gelten kann, würde einem Suizidwunsch schwerlich nachgegeben.

Bei einer zweiten Gruppe, Menschen ab Mitte 60, verändert sich die Blickrichtung des sozialen Umfelds: Die Frage nach den Gründen für den Suizidwunsch tritt in den Vordergrund: Statt nur subjektiver Gründe scheint es hier „objektive“ Gründe wie „Hochbetagtheit“, Multimorbidität“, „Perspektivlosigkeit“ oder „Lebensattheit“ zu geben. Wohlüberlegtheit und Langfristigkeit des Suizidwunsches scheinen weniger stark als in jungen Jahren in Zweifel zu stehen, zudem tritt die Vermutung einer psychischen Erkrankung als Ursache für einen Suizidwunsch eher in den Hintergrund. In Bezug auf ältere Menschen sind Suizidprävention und verhinderndes Einschreiten des Umfelds weniger selbstverständlich, stattdessen wird gesellschaftspolitisch die Legitimität eines assistierten Suizids zur Debatte gestellt.

Außerdem wird die Wohlüberlegtheit und Freiwilligkeit des Suizidwunsches zwar nicht von vornherein angenommen, doch weniger stark hinterfragt als bei „gesunden“ oder jungen Menschen. Das Zusatzkriterium einer schweren, unheilbaren Erkrankung im Zusammenhang mit Suizid war jüngst sogar zentral für ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts.¹⁰⁸

Eine dritte Gruppe ist die der Menschen mit einer nicht heilbaren, todbringenden somatischen Erkrankung (z.B. einer Krebserkrankung oder einer fortschreitenden neurologischen Erkrankung wie Multipler Sklerose oder Demenz), mit einer chronischen psychischen Erkrankung (z.B. Schizophrenie oder Depression) oder mit einer schweren angeborenen oder erworbenen Behinderung. Falls diese Menschen einen Suizidwunsch äußern, wird vom sozialen Umfeld als Grund des Suizidwunsches weniger nach subjektiven Gründen gefragt als meist unmittelbar die vorliegende Erkrankung oder Behinderung angenommen. Die schwere Erkrankung

¹⁰⁸ Vgl. nochmals das Urteil vom 02.03.017 zur Erwerbserlaubnis eines tödlichen Medikaments Az.: B VerwG3 C 19.15 Rn. 24 und Rn. 32. Der deutsche Ethikrat (2017) kritisierte in seiner Ad-Hoc-Stellungnahme dieses Zusatzkriterium.

oder Behinderung wird als quasi „objektiver“ Grund betrachtet – angesichts einer vermuteten geringen Lebensqualität.

3.4.2 Behinderungsparadox und Akzeptanz eines Suizidwunsches

Im Zusammenhang mit der dritten Gruppe sind auch die sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse zum so genannten „Behinderungsparadox“ zur Kenntnis zu nehmen:¹⁰⁹ Lebensqualitätsurteile der Betroffenen unterscheiden sich oft stark von Urteilen Außenstehender. Empirische Studien zeigen, dass sich Menschen trotz gravierender Gesundheitsprobleme oder Behinderungen als „zufrieden“ einschätzen, wohingegen Außenstehende die Lebensqualität und Zufriedenheit behinderter oder schwerkranker Personen systematisch viel geringer als die Betroffenen selbst einschätzen. Negative Einschätzungen und Verzerrungen in der Öffentlichkeit betrachten vor allem das Merkmal „Krankheit“ oder Behinderung. Es wird übersehen, dass ein ganzheitliches Konzept von „Lebensqualität“ alle Dimensionen des Menschseins umfasst, also auch soziales, psychisches und spirituelles Wohlergehen. Trotz körperlicher oder geistiger Einschränkungen lässt sich in anderen Hinsichten Lebensqualität und die Erfüllung von Lebenszielen erfahren. Insofern kann zwar subjektiv, aber nicht „objektiv“ im Sinne einer allgemein zutreffenden Aussage davon ausgegangen werden, dass es nicht möglich ist, mit einer schweren Erkrankung oder multiplen Einschränkungen in hohem Alter ein gelingendes Leben zu führen.

3.4.3 Unzulängliche Begründung der Zusatzkriterien

Weiter oben wurde schon von der Erweiterung der Kriterien der Schweizer Sterbehilfeorganisation berichtet. Exit machte 2014 öffentlich, dass neben terminal kranken Patienten auch Menschen mit drohender Pflegebedürftigkeit oder in hohem Alter eine Suizidassistentz angeboten werde. Offensichtlich gewinnen Lebensmüdigkeit und ein allgemein schlechter Gesundheitszustand bei Älteren in der Schweiz an Bedeutung als Motiv, Suizidbeihilfe zu suchen.¹¹⁰ Bereits 2005 hatte die interdisziplinäre Schweizer Gruppe mit Rippe, Schwarzenegger, Bosshard und Kiesewetter dazu aufgefordert, bei „psychisch Kranken“, „chronisch Kranken“ und „hochbetagten Menschen“ unter Umständen die Selbstbestimmtheit des Suizidwillens anzuerkennen.¹¹¹

Für Zusatzkriterien, die einen mehr oder weniger engen Personenkreis kennzeichnen, z.B. unheilbar Kranke im Endstadium, unheilbar somatisch Kranke,

¹⁰⁹ Vgl. Albrecht/Devlieger (1999); vgl. dazu auch Bobbert (2012), 336-340.

¹¹⁰ Vgl. Katholische Internationale Presseagentur Kipa, Tagesdienst, Mehr Frauen und Lebensmüde lassen sich bei Suizid begleiten, Bern 04.11.2014.

¹¹¹ Vgl. Rippe u.a. (2005).

werden weitergehende Interpretationen erforderlich: Fallen unheilbare chronische Krankheiten wie z. B. Multiple Sklerose oder eine Alzheimer-Erkrankung generell oder erst ab einem bestimmten Stadium darunter?¹¹² Wann liegt, um nochmals auf die problematische Urteilsbegründung des Bundesverwaltungsgerichts zur Erwerbserlaubnis eines tödlichen Medikaments zurückzukommen, eine „extreme Notlage“¹¹³ vor, die dann wiederum einen Anspruch auf ein tödliches Medikament generieren sollen?

Insgesamt scheint im höheren Alter, im Fall einer schweren Erkrankung oder Behinderung das Hinnehmen eines Suizids oder die Assistenz beim Suizid näher zu liegen als das Verhindern eines Suizids.

Zum einen zeigte sich, dass die Nennung von negativ bewerteten Zuständen bzw. Personenkreisen erweiterbar ist. Die Bezugnahme auf weithin geteilte Ängste und Wertigkeiten in der Gesellschaft trägt zur „Plausibilitätssteigerung“ bei. Zum anderen wurden nicht ausgewiesene evaluative Kriterien deutlich: Warum stellen terminale oder bereits unheilbare (meist somatische) Erkrankungen die Bedingung für eine Assistenz beim Suizid dar, andere Gesundheitszustände oder Lebenssituationen hingegen nicht?

Wenn subjektive Wertungen von Gruppen oder einer gesellschaftlichen Mehrheit geteilt werden, erwecken sie rasch den Anschein „objektiver“ Wertungen im Sinne allgemeingültiger Kriterien. Doch aus ethischer Sicht ist eine nicht ausgewiesene negative oder positive Wertung, die eng mit einer Handlung, z.B. Selbsttötung, verknüpft wird, problematisch. Wir freuen uns, wenn jemand unseren Geschmack teilt, wir fühlen uns bestätigt, wenn jemand unser Vorurteil teilt. Wenn es aber um die moralische Richtigkeit von Entscheidungen und Handlungen geht, müssen gute Gründe gegeben werden statt auf die faktische Übereinstimmung zwischen Menschen zu verweisen.

Die in diesem Abschnitt genannten Kriterien suggerieren nicht nur eine schlechte Lebensqualität, vor der sich vielleicht jeder fürchtet, sondern die vermeintlich generell schlechte Lebensqualität legt nur eine Handlungsoption nahe: die Selbsttötung. Allerdings ist diese Verknüpfung nicht zwingend. Ebenso sind Suizidprävention und Hilfestellungen unterschiedlicher Art denkbar.

4. Außenstehende und das psychische Phänomen der „Übertragung“

In Deutschland stellt das Recht auf den besonderen Stellenwert nahestehender Menschen ab, indem die Beihilfe zum Suizid für Angehörige oder Nahestehenden

¹¹² Vgl. ähnliche Anfragen in Bezug auf Tötung auf Verlangen: Bobbert (2002).

¹¹³ Az.: BVerwG 3 C 19.15, Rn. 32.

unter bestimmten Bedingungen straffrei bleibt.¹¹⁴ Nun können Menschen mit einer Depression oder depressiven Verstimmung jedoch auch eine große Herausforderung oder Belastung für ihre Angehörigen darstellen.¹¹⁵ Außerdem können sie in eine psychische Verstrickung mit dem Suizidwilligen geraten, weil Distanz und Perspektiventrennung schwierig werden.

Psychotherapeuten kennen das Phänomen der „Übertragung“, auch wenn sie sich nicht der psychoanalytischen Richtung zurechnen. So machte auch Aaron T. Beck in seiner weithin anerkannten und praktizierten Kognitiven Therapie der Depression auf Übertragung und Gegenübertragung aufmerksam: Eine typische Schwierigkeit bestehe darin, dass der Therapeut beginnt, „die ständig negativen Selbsteinschätzungen und die Einschätzung der Lebenssituation des Patienten für wahr zu halten. Wenn er die Rolle des wissenschaftlichen Beobachters ablegt, könnte der Therapeut die gestörte Realitätskonstruktion des Patienten übernehmen. Statt die negativen Interpretationen des Patienten als Hypothesen zu betrachten, die empirisch überprüft werden müssen, könnte der Therapeut annehmen, daß diese negativen Kognitionen genau den Tatsachen entsprechen und wegen ihrer Evidenz akzeptiert werden können. Aus diesem Grund könnte der Therapeut den Patienten schließlich für einen geborenen Verlierer halten oder glauben, er sei unausweichlich in eine unmögliche reale Situation verstrickt. Dabei erkennt er nicht, daß der Patient von seiner pessimistischen Auffassung und selbstkritischen Einschätzung so überwältigt ist, daß er nur negative Beobachtungen und fehlerhafte Verallgemeinerungen berichten kann.“¹¹⁶

Angehörige und Menschen im Umfeld eines Menschen mit einer Depression tendieren dazu, im Sinne einer „Übertragung“ die negative Sicht des Betroffenen zu übernehmen. Rund die Hälfte der Partner depressiver Patienten entwickeln in akuten Belastungszeiten auch eine Depression oder haben Mühe, sich angesichts von Passivität, Unentschlossenheit und Negativität des Kranken zu Emotionen wie Aggression und Aversion gegen den oder eine umfassende Identifikation mit dem depressiven Menschen zu entwickeln. Aus Überforderung heraus könnte unter Umständen sogar der Wunsch entstehen, dass das Leben des anderen enden sollte. Insofern scheint es naheliegend, dass Menschen aus dem Umfeld einer Einschätzung der Alternativlosigkeit beipflichten und selbst auch keine Kraft mehr haben, weitere Alternativen zu erschließen und (oft erfolglos) anzubieten.¹¹⁷

Wenn Außenstehende sich zu den Kriterien „Alternativlosigkeit“ und „unerträgliches Leiden“ verhalten, kann es zur „Übertragung“ der negativen Gefühle, Bewertungen von Handlungsalternativen und Zukunftsperspektiven des Betroffenen kommen mit der Folge, dass die Angehörigendie Situation des

¹¹⁴ Vgl. StGB § 217 (2).

¹¹⁵ Vgl. z.B. Epstein u.a. (2002).

¹¹⁶ Beck u.a. (1986), 95.

¹¹⁷ Vgl. Epstein (2002).

Sterbewilligen ebenso als negativ und alternativlos bewerten. Wenn der Sterbewillige und die Außenstehenden Bewertungen teilen, etwa die negative Bewertung eines Lebens mit Behinderung, Multimorbidität oder chronischer psychischer Erkrankung, liegt es nahe, dass sie die Bewertungen des Betroffenen teilen werden.

5. Respekt vor dem Leben und Suizidassistenz im Kontext des christlichen Glaubens

5.1 Christlicher Glaube und Suizid

Der christliche Glaube deutet das menschliche Leben als Geschenk Gottes, das unverfügbar ist. Als Ebenbild und als Geschöpf Gottes kommt jedem Menschen Menschenwürde zu, die nicht veräußerbar ist. Das Selbstbestimmungsrecht über das Leben findet seine Grenze angesichts des Geschaffenseins und Verwiesenseins auf Gott, der Mensch soll daher seinen Todeszeitpunkt nicht selbst bestimmen.¹¹⁸ Eine Selbsttötung wäre darüber hinaus eine Absage an die christliche Forderung der Selbstliebe und an die Beziehungen in der Gemeinschaft.

Der Moralthologe Adrian Holderegger macht darauf aufmerksam, dass es eine systematische Unstimmigkeit zwischen der theologischen Prämisse, dass Gott Schöpfer und Herr über das Leben sei und der daraus abgeleiteten ethischen Schlussfolgerung des Selbsttötungsverbots gebe.¹¹⁹ Denn aus dem Willen Gottes könnten Ge- und Verbote nicht unmittelbar abgeleitet werden. Gottes Souveränität und die Freiheit des Menschen verhielten sich nämlich analog zueinander.¹²⁰ Gleichwohl, so Holderegger, lasse sich aus der theologischen Aussage, das Leben sei ein Geschenk, folgern, dass das Leben für eine letzte, absolute Objektivierung nicht geeignet sei.

5.2 Theologische Ethik als autonome Moral im christlichen Kontext

Einerseits können neue gesellschaftliche Entwicklungen und Änderungen des juristischen Rechts religionsgebundene Positionen in Frage stellen und zu

¹¹⁸ Eine Minderheit innerhalb der katholischen und evangelischen Kirche hält den Suizid als Option für moralisch zulässig. Der Mensch sei von Gott zur Freiheit berufen, könne und dürfe sein Leben gestalten und auch seinen Tod herbeiführen. Die „Natürlichkeit“ von Sterben und Tod sein kein normatives Kriterium. Meist werden hier als Zusatzkriterium eine todbringende, d.h. unheilbare, weit fortgeschrittene Erkrankung und/oder ein „unerträgliches Leiden“ genannt. Vgl. als prominente Vertreter z.B. Hans Küng(2014), oder Hartmut Kreß (2014).

¹¹⁹ Vgl. Holderegger (1998), 498.

¹²⁰ Somit beinhaltet nach Hans Küng, einem katholischen Theologen, der prominent eine abweichende Position vertritt, die von Gott geschenkte Freiheit auch die Freiheit der Selbsttötung und der Vertretbarkeit der Suizidassistenz.

Begründungen herausfordern. Sie berufen sich auf Erfahrungen und Einstellungen von Menschen. Andererseits stellen historisch gewachsene Positionen und „geronnene“ bzw. kollektive Erfahrungen und Deutungen, darunter auch christliche Erfahrungen und Deutungen, einen Gegenpart zu aktuellen gesellschaftlichen Trends dar. Wenn eine Religion wie das Christentum moralische Überzeugungen in der Gesellschaft geltend machen will, ist dies nur möglich, wenn eine christlich motivierte Position sich im Rahmen einer ethischen Debatte vernünftig begründen lässt. Die theologische Ethik als Reflexion der Moral erschließt daher vernünftig nachvollziehbare Argumentationen mithilfe von Begriffen, Unterscheidungen und Theorien der philosophischen Ethik.¹²¹

Die Gotteserfahrung in der Radikalität des Evangeliums und die Praxis der Weltverantwortung sind zu unterscheiden, aber nicht zu trennen.¹²² Die Pflicht, das Leben eines Menschen zu schützen und eine Todesbedrohung abzuwenden, die Achtung der Selbstbestimmung des anderen, das Vorsichtsprinzip im Fall von Unsicherheit, das Verbot der Fremdbestimmung vulnerabler Menschen und das Gebot der Unterstützung vulnerabler Menschen verleihen aus ethischer Perspektive den Theologumena der Gottebenbildlichkeit, Geschöpflichkeit und Verletzbarkeit des Menschen Ausdruck.

In der Debatte um Suizid und Suizidassistenz gilt es, die Spannung von Selbstbestimmung und Fürsorge oder mit anderen Worten die Spannung einer Ideologie der Selbstverfügung und einer Manipulation des Menschen eingehend zu beleuchten. Dies beinhaltet, gesellschaftliche Trends der Enthumanisierung zu benennen und zu kritisieren. Es beinhaltet, das Theologoumenon von der Geschöpflichkeit, das sich in der Verletzbarkeit und Irrtumsanfälligkeit des Menschen zeigt, in den Mittelpunkt individual- und sozialetischer Reflexionen zu stellen.

5.3 Vorsichtsprinzip angesichts von Verletzbarkeit und Irrtumsmöglichkeit

Angesichts der im vorliegenden Beitrag aufgearbeiteten einschlägigen Erkenntnisse und Debatten aus den Geistes-, Sozial- und Naturwissenschaften ist es aus guten Gründen geboten, nach dem Vorsichtsprinzip zu verfahren: Wenn es weitreichende Zweifel an der Selbstbestimmtheit eines Suizidwilligen gibt, dann ist es aus ethischer Sicht sehr problematisch, einen Suizid geschehen zu lassen oder bei einem Suizid zu assistieren. Denn es geht nicht nur um die Frage des Respekts vor dem Leben eines Menschen, sondern auch um den Schutz des Selbstbestimmungsrechts und der Unterstützung eines verzweifelten Menschen in seinem Streben nach einem guten Leben. Suizid als „beste Alternative“ beendet alle Voraussetzungen des Menschseins und alle Möglichkeiten der Gestaltung des eigenen Lebens. Im Einzelfall können die

¹²¹ Vgl. Auer (2016); Bobbert/Mieth (2015); Bobbert (2016).

¹²² Mieth (1982).

Änderungsmöglichkeiten aller Beteiligten begrenzt sein, doch aus sozialetischer Sicht lassen sich keine Strukturen des Unterlassens oder der Suizidassistenz rechtfertigen. Die vorausgegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass Unsicherheiten auf allen Ebenen bestehen. Befürworter des assistierten Suizids, die Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht eines Menschen mit Suizidwunsch anmahnen, vertreten ein verkürztes bzw., großteils nicht ausgefülltes Verständnis von Selbstbestimmung.¹²³ Aus christlicher Sicht für verletzbare Menschen einzutreten heißt auch, Vorstellungen von Selbstbestimmung und Autonomie zu kritisieren, die im Dienst gesellschaftlicher Ab- und Aufwertungen stehen.

5.4 Sollen setzt Können voraus

Die beiden christlichen Kirchen weisen darauf hin, dass ein „objektives“ Schuldurteil durch Außenstehende nicht möglich ist. Auch ist die Beziehung zwischen Gott und Mensch umfassender als lediglich die Frage nach moralischer Schuld. Ein Suizidant darf auf Gottes Barmherzigkeit und auf die göttliche Beziehungszusage vertrauen. Aus christlicher Sicht kann und darf es nicht darum gehen – und dies ist angesichts moralischer Verurteilungen und Sanktionen in der Vergangenheit wichtig zu betonen –, einem verzweifelten, zur Selbsttötung entschlossenen Menschen Schuld und Sünde zuzuweisen. Der christliche Glaube hält die moralische Beurteilung nicht für das letzte Urteil in Bezug auf einen Menschen. Etwas aus moralischer Sicht für falsch zu halten, bedeutet nicht, einen Menschen schuldig zu sprechen. Ein alter moralischer Grundsatz lautet, dass Sollen immer Können voraussetzt. Und das individuelle Können lässt sich von außen letztlich nicht beurteilen. Außerdem macht die Moralität nicht den ganzen Menschen aus. Der glaubende Mensch bleibt hinter seiner Glaubensentscheidung zurück und bedarf des heilenden Zuspruchs bzw. der sakramentalen Versöhnung.

Für die Außenstehenden geht es darum, mit vereinten Kräften und durch Institutionen unterstützt, andere Wege als den der Selbsttötung zu finden. Sie sollten keine Außenstehenden bleiben, sondern angereichert durch Expertise und gemeinsames Engagement einem lebensmüden Menschen gute Alternativen eröffnen.

Das Theologoumenon der Geschöpflichkeit zeigt neben der Verletzbarkeit des Menschen auch seine Irrtumsanfälligkeit auf. Außenstehenden wollen helfen, und sie wollen die Situation eines anderen Menschen richtig einschätzen. Endlich zu sein heißt auch, manchmal nicht wirkmächtig zu sein, gar nicht oder anders als geplant helfen zu können. Endlich zu sein heißt auch, sich seiner eigenen Irrtumsfähigkeit bewusst zu sein. Eine selbstkritische Reflexion der offenen Fragen im

¹²³Vgl. weiterführend Mieth (2008).

Zusammenhang mit Suizid und ein Entscheiden und Handeln nach dem Vorsichtsprinzip könnten Irrtümern vorbeugen und dazu führen, dass offene Fragen nicht vorschnell beantwortet werden.

5.5 Seelsorgerliche Begleitung

Seelsorgerinnen und Seelsorger, die Menschen mit Suizidabsichten begleiten, tun nicht nur Gutes, sondern moralisch Geschuldetes, wenn ein Mensch in Not und vom Tod bedroht ist. Ab wann die Begleitung zur direkten Assistenz des Suizids und damit aus ethischer Sicht problematisch wird, ist im Einzelfall zu reflektieren. Die eigenen Möglichkeiten des Helfens selbstkritisch zu betrachten und institutionelle Hilfsangebote und Fachlichkeit einzubeziehen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Im Kontext eines assistierten Suizids – etwa in der Schweiz – geht es nicht in erster Linie um eine moraltheologische Schuldzuweisung an Seelsorgende. Sie müssen sich angesichts einer neuen gesellschaftlichen Praxis zu Suizid und Suizidassistenz in vielfältiger Weise verhalten. Es ist aus christlicher Sicht richtig, jemanden nicht allein zu lassen. Einzelne Seelsorgerinnen und Seelsorger haben wenig Möglichkeit, sich entgegen kollektiven Wertungen und impliziten Vorannahmen für Suizidprävention und Therapie einzusetzen, d.h. andere Handlungsmöglichkeiten als die Selbsttötung „beliebt zu machen“. Gleichwohl kann der christliche Glaube immer wieder dazu motivieren, den Suizid und die Selbsttötung zu hinterfragen und offene Fragen, Verletzbarkeiten und Kontrasterfahrungen zu Gehör zu bringen.

5.6 Suizid im Kontext vielfältiger Präventionsprogramme

Zahlreich jüngere Überblicksarbeiten zeigen, dass staatliche Suizidpräventionsprogramme und regionale Modellprojekte die Suizidrate in einer Altersgruppe oder einer Region senken.¹²⁴ Auswertungen empirischer Studien nennen als wirksame Maßnahmen der Suizidprävention eine zurückhaltende Medienberichterstattung, die Einschränkung des Zugang zu so genannten Suizid-Hotspots, wie etwa Brücken, die Einschränkung des Zugriff auf Waffen, Schmerz- und Schlafmittel, Pestizide, ein Krisentelefon, Aufklärungsarbeit an Schulen, eine flächendeckende psychiatrische bzw. psychologische Versorgung, insbesondere die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von Depressionen sowie speziell ausgebildete Allgemeinmediziner(innen).¹²⁵

Der Rückgang der Suizidrate im Rahmen von Präventionsprogrammen lässt sich in Abhängigkeit von den gewählten Maßnahmen unterschiedlich erklären: In erster

¹²⁴ Vgl. Zalsman u.a. (2016); Lapierre (2011); Liu u.a. (2014); Teismann/Dorrmann, (2014), bes. 43-81.

¹²⁵ Vgl. Gießelmann (2016).

Näherung wird man vermuten, dass vor allem spontane Suizidhandlungen, die nicht im Sinne einer zeitlichen Dauer „wohlüberlegt“ sind, unterbleiben. Zudem führen zahlreiche Menschen einen Suizidwunsch offenbar nur dann aus, wenn die Hürden gering sind.

Suizidprogrammen liegt die Vorannahme zu Grunde, dass ein Suizid verhindert werden sollte. Viele Präventionsprogramme zeigen, dass sich Information, Vorbilder und Erfahrungen anderer, Antizipation und die Art und Weise verfügbarer Selbsttötungswege modulierend auf Freiwilligkeit und Vernünftigkeit auswirken. Darüber hinaus scheint ein guter Zugang zu psychiatrischen und psychologischen Hilfen präventionsförderlich. Studien und Suizidprogramme zeigen auch, dass eine angemessene Wahrnehmung durch andere und die Kommunikation mit ihnen suizidvermeidende Wirkung haben können. Offensichtlich, dies belegen nicht nur klinische Studien, sondern auch erfolgreiche Präventionsprogramme, ist die Entscheidung, einen Suizidwunsch wirklich in die Tat umzusetzen, von zahlreichen externen Faktoren abhängig.

6. Schluss

6.1 Individuelle Wünsche in Interaktion mit dem sozialen Umfeld

Hochbetagte Menschen und Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung haben die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen und in den Augen anderer an Ansehen bzw. „Würdigkeit“ zu verlieren. Auch kann sich eine negative gesellschaftliche Bewertung eines Lebens mit Einschränkungen in der Selbstsicht der Betroffenen widerspiegeln, vor allem zu Beginn einer Erkrankung oder erworbenen Behinderung.

Beim Suizid lediglich auf die Freiwilligkeit und Vernünftigkeit des Menschen mit Suizidwunsch abzuheben stellt eine problematische Engführung dar. Denn so entsteht der Eindruck, dass der Umgang mit der Selbsttötungsproblematik lediglich eine Sache der richtigen Argumente sei.¹²⁶ Der theologische Ethiker Holderegger fordert dazu auf, die eigentliche Genese der Suizidproblematik nicht durch einen strikt individuellen Fokus zu übersehen, und dies bedeute, die „sozio-pathogenen“ Faktoren mit einzubeziehen. Denn die gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen, die die Lebensführung und Selbstdeutung eines Menschen bestimmen, seien wichtige Faktoren für das Aufkommen eines Suizidwunsches.

6.2 Mehr offene Fragen als Antworten

¹²⁶Vgl. Holderegger (2002), 13.

Suizid und suizidales Begehren wurden primär aus der Perspektive der anderen, die mit einem suizidwilligen Menschen zu tun haben, betrachtet. Es war im Rahmen des vorliegenden Beitrags weder Ziel noch möglich, auch die Perspektive des Suizidanten und die moralische Verantwortung der Gesellschaft mit ihren institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen umfassend mitzuführen. Im Mittelpunkt stand vor allem die Perspektive des Mitmenschen, der mit dem Suizidwillen des Gegenübers konfrontiert ist.

Einerseits ist es unumgänglich, dass sich Außenstehende zum Suizidwunsch oder zur Suizidausführung eines Menschen verhalten. Denn der moralische wie rechtliche Vorwurf unterlassener Hilfeleistung oder nicht zu rechtfertigender Beihilfe zur Selbsttötung steht im Raum. Andererseits: Wenn es Fälle geben sollte, in denen Außenstehende bei einem Suizid von Intervention absehen oder sogar Hilfe leisten müssen, um das Selbstbestimmungsrecht eines Suizidanten zu achten: Wie könnten Außenstehende diese seltenen Fälle erkennen? Im vorliegenden Beitrag wurde dargelegt, warum dies schwierig ist und Außenstehende deshalb dem Vorsichtsprinzip folgen sollten.

Die impliziten Vorannahmen, dass es einen Freitod oder einen Bilanzsuizid geben kann, der sich von einem Suizidwunsch im Zusammenhang mit einer psychischen Krankheit unterscheiden lässt, wurde nicht nur explizit gemacht, sondern eingehender untersucht. Die bleibende Strittigkeit dieser Vorannahmen macht deutlich, dass die These eines so genannten Freitods oder Bilanzsuizids auf schwankendem Boden steht – zumindest, was die Perspektive Außenstehender anbelangt. Daher werden häufig Zusatzbedingungen für das Respektieren eines Suizidwunsches aufgestellt: Das Kriterium der „Wohlüberlegtheit“, oft in Kombination mit „Dauerhaftigkeit“, das in Debatten um Suizid und Suizidassistenz eine wichtige Rolle spielt, wird in der Regel nicht weiter ausgeführt, da es prima vista ein Verfahrenskriterium zu sein scheint. Dieser Eindruck täuscht insofern, als die impliziten Ansprüche an „Wohlüberlegtheit“ je nach zugrundeliegenden Autonomieverständnisse variieren. Zudem können psychische Symptome, die typisch für suizidale Menschen sind, mit dem positiv bewerteten Zusatzkriterium der Dauerhaftigkeit verwechselt werden.

Weitere Zusatzkriterien wie „Alternativlosigkeit“, „unerträgliches Leiden“, Krankheits- und Behinderungszustände wie „terminale Erkrankung“, Hochbetagtheit mit Multimorbidität“ oder „schwere Behinderung“ beziehen sich zwar auf die Situation der Betroffenen, oszillieren meist aber zwischen subjektiver und quasi-objektiver Beurteilung. Anders gewendet: Die Zugehörigkeit zur Gruppe der Menschen mit einer terminalen Erkrankung, Hochbetagtheit oder Lebensmüdigkeit, chronischen psychischen oder physischen Erkrankung erhöht die Plausibilität eines Suizidwunschs. Letztlich – und dies zeigt unter anderem auch die Variabilität der auf „Lebensqualität“ ausgerichteten Kriterien – verleihen diese

Zusatzkriterien zwar gesellschaftlich weit verbreiteten Abwertungen Ausdruck, entbehren jedoch tragfähiger Gründe. Im Gegenteil, sie bergen die Gefahr gesellschaftlicher Diskriminierung in die eine und andere Richtung, weil ein Suizidwunsch nur in Abhängigkeit von diesen Zusatzkriterien respektiert wird.

Im vorliegenden Beitrag wurden konkurrierende psychiatrische und psychologische Verständnisse des Suizids dargelegt. Suizidwünsche und Suizidalität, so wurde deutlich, treten nicht nur im Rahmen einer psychischen Erkrankung auf, sondern sind ein eigener, behandlungsbedürftiger Symptomkomplex, der unter anderem durch eine „kognitive Einengung“ und Ambivalenz geprägt ist.¹²⁷ Psychiatrisch-klinisches Wissen relativiert die Rede von Freiwilligkeit und Wohlüberlegtheit vieler Suizidant(inn)en. Suizidologen und Fachpersonen von Suizidkliniken liefern vielfältige Erkenntnisse, die von Befürwortern des assistierten Suizids bislang wenig rezipiert und diskutiert werden.

Bislang wenig beachtet blieb die Ohnmacht und Hilflosigkeit nahestehender Personen und nicht psychologisch geschulter professioneller Helfer: Sie werden in Gesprächen ihr Bestes versuchen, einem Menschen mit Suizidwunsch Alternativen aufzuzeigen und sein Leiden zu mildern. Doch angesichts der massiven psychischen Engführung „Suizidwunsch“ bedarf es professioneller Distanz und Kompetenz. Die Hilfe Angehöriger sollte primär darin bestehen, eine Brücke zu professionellen Hilfestrukturen zu bauen. Denn im Fall eines Suizidwunsches bedarf es spezieller professioneller Intervention, die vor allem Suizidkliniken und institutionelle Strukturen mit Psychotherapeuten leisten können. Nahestehende können angesichts ausgeprägter Suizidalität und Depressivität oft nichts mehr bewegen. Es ist bekannt, dass in der Beziehung zum Suizidwilligen Angehörige und Nahestehende zum psychischen Phänomen der „Übertragung“ tendieren: Sie übernehmen die negativen Bewertungen des Betroffenen und sehen ebenso wie er „unerträgliches Leiden“ und „keine Alternativen“ mehr.

Es gibt also mehr offene Fragen als bislang in den Debatten um Suizid und Suizidbeihilfe deutlich wurde. Und dieses Fazit stellt durchaus ein wichtiges Ergebnis dar: Bislang wird vielfach behauptet, dass das Selbstbestimmungsrecht von Suizidanten, die einen Freitod oder Bilanztod ausführen wollen, nicht geachtet werde. Es konnte aber gezeigt werden, dass die Außenbeurteilung von Freiheit, indem sie über psychiatrische Gutachten operationalisiert wird, strittig, ja sehr viel strittiger ist, als in der Öffentlichkeit und in der ethischen Debatte um den assistierten Suizid erkennbar ist. Die Anfragen an die konkrete Willensbildung und die Selbstbestimmtheit eines Suizidwunsches lassen sich durch Unterscheidungen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit nicht beantworten. Weil letztlich allen Beteiligten ein „selbstbestimmter Wille“ für eine Selbsttötungshandlung nicht

¹²⁷ Vgl. hierzu die weiter oben referierte vierte Position „Suizidalität als typischer Symptomkomplex“, die von Psychiatern vertreten wird.

ausreichend erscheint, weil es um eine nicht umkehrbare Lebensbeendigung geht, werden im Zusammenhang mit Suizid und Beihilfe zum Suizid Zusatzkriterien eingeführt. Ihnen kommt die Funktion zu, Außenstehenden Gründe für das Zulassen eines Suizids zu geben. Denn eigentlich müssten sie angesichts der Suizidgefahr verhütend oder rettend tätig werden.

Sehr problematisch ist die systematische Vermischung der Urteile Betroffener mit denen Außenstehender. Das Heranziehen von Zusatzbedingungen hat den Effekt, dass Außenstehende das Recht auf Selbstbestimmung nur unter Voraussetzung dieser Zusatzkriterien „zuteilen“.¹²⁸ Es wären aber nicht nur gängige, vermeintlich „objektive“ Kriterien bzw. Bewertungen von Lebensqualität erforderlich, sondern allgemeingültige Urteile. Ein solches Unterfangen ist jedoch nicht nur argumentativ zum Scheitern verurteilt, entsprechende Versuche würden sich zugleich zu Lasten des Menschenrechts auf Leben und Versorgung im Krankheitsfall auswirken.

Derzeit wird diese Problematik vielfach nicht wahrgenommen. Vielmehr legitimiert ein gruppenpsychologisches Phänomen die für eine Suizidbeurteilung zentralen Kriterien: Gesellschaftlich geteilte Ängste und Wertigkeiten führen zu einer „Plausibilitätssteigerung“, die Vorurteilen und Diskriminierungen wenig entgegenzusetzen hat. Wenn institutionell der Zugang zur Selbsttötung leicht gemacht wird – dies aber nur für bestimmte gesellschaftliche Gruppen –, dann lässt sich dies vergleichen mit einem schützenden Zaun an einer Steilküste, der normalerweise vor dem Absturz schützt. Wenn im Zaun für bestimmte Personengruppen Zugänge geschaffen werden, die sie – auf eigene Gefahr – durchschreiten dürfen, sind diese Personen auf besondere Art und Weise gefährdet und diskriminiert, obwohl keine direkt verletzenden Handlungen ausgeführt werden und sie sich frei entscheiden können, die offenen Zugänge zu betreten.

Um diese offensichtliche Problematik der materialen Zusatzkriterien zu vermeiden, werden fast immer auch prozedurale Vorgaben an das individuelle Urteil der Betroffenen und zugleich an eine zweite, dritte oder von einer Mehrheitsmeinung getragene Prüfinstanz gebunden.¹²⁹ Aber selbst im Rahmen einer prozeduralen Regelung mit einem „Vier-Augenprinzip“ oder einem „Mehrfach-Augenprinzip“ entscheiden immer die Außenstehenden interpretierend und damit wertend

¹²⁸ Vgl. dazu auch Mieth (2008).

¹²⁹ Vgl. z. B. das niederländische „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ von 2001. Die Einhaltung der „Sorgfaltskriterien“ ist Voraussetzung der Straflosigkeit. Neben dem behandelnden Arzt soll ein weiterer, unabhängiger Arzt die Freiwilligkeit, reife Überlegung, Aussichtslosigkeit des Zustands, Unerträglichkeit des Leidens und Alternativlosigkeit bestätigen. Diese „Sorgfaltsbedingungen“ werden meist auch als Bedingungen für eine Suizidassistenz genannt.

darüber, ob dem Suizidwunsch eines Menschen nachgegeben werden darf. Insofern stellt dieses Vorgehen lediglich eine Verlagerung des Problems dar.

6.3 Lebensbedrohung und Vorsichtsprinzip

Im Streit um Tun und Lassen der anderen angesichts eines Suizidwunsches lassen sich, so das Ergebnis des vorliegenden Beitrags, bestimmte Unsicherheiten nicht ausräumen. Damit sind auch die ethischen Urteile, die auf den strittigen impliziten Vorannahmen aufbauen, mit entsprechender Unsicherheit behaftet.

Angesichts dessen muss sich die ethische Debatte über einen verantwortlichen Umgang mit Suizidalität erst einmal eingehend damit befassen, wie angesichts bleibend unsicherer Vorannahmen das Tun und Lassen Anderer zu bewerten ist. Da es um das Leben eines anderen Menschen geht, um seinen drohenden Tod, der sich nicht rückgängig machen lässt, ist im Zweifel dem Vorsichtsprinzip zu folgen. Dies bedeutet nicht, dass das Selbstbestimmungsrecht von Suizidwilligen übergangen werden darf, sondern dass sich im Falle großer Unsicherheit in Bezug auf zentrale Voraussetzungen der Selbstbestimmtheit eines Suizidwunsches zumindest die Außenstehenden für das Leben und das Weiterleben eines Suizidanten einsetzen müssen.

Bestehen Zweifel an der Freiwilligkeit und Vernünftigkeit des Suizidwunsches, gibt es eine moralische Pflicht zur Suizidprävention. Eine Lebensbeendigung ist nicht umkehrbar, sie stellt die grundlegendste Entscheidung eines Menschen dar. Wenn andere sich dazu verhalten müssen, wenn ihr bewusstes Unterlassen oder Handeln gefragt ist, müssen sie sich sehr sicher sein in ihrem Entscheiden und Tun. Die Ausführungen im vorliegenden Beitrag zeigen, so das Fazit, dass der Freitod auf schwankendem Boden steht, was die Urteilkraft der Beobachter anbelangt – und auch, was die Beurteilungskriterien anbelangt, die von gesellschaftlichen Trends abhängen. Vielleicht, so könnte man resümieren, werden derzeit epistemisch offene Fragen unter Bezugnahme auf gesellschaftliche Interessen beantwortet.

Fragt man nach den Konsequenzen dieser Überlegungen für die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen, so bedeutet dies für die Auslegung der derzeitigen Rechtslage in Deutschland, dass sie unter Berücksichtigung der diskutierten Probleme erfolgen sollte. Der vorliegende Beitrag sollte darlegen, dass ein Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe wichtig ist und dass die Beihilfe zum Suizid weiterhin nur unter besonderen Bedingungen mit besonderer Beweislast straffrei bleiben sollte.

Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas oder Exit zeigen ein Problem an, doch es müssen andere Lösungen entwickelt werden. Aus sozialetischer Sicht sind angesichts der Überforderung und Hilflosigkeit Nahestehender Strukturen psychischer Unterstützung auf mehreren Ebene geboten:

Ein Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung im Alter – u.a. mit niederschweligen Gesprächsangeboten, Abbau der Vorbehalte gegenüber Psychiatrie und Psychotherapie in der Bevölkerung, Schulungen für Seelsorger(innen), Hausärzt(inn)e(n), Lehrer(innen) zum Umgang mit Suizidalität, Ausbau von Suizidkliniken und gerontopsychiatrischen Abteilungen und ein Ausbau der Versorgungsangebote (beispielsweise Seelsorge, Ergotherapie, Gesprächspsychotherapie zu Hause) im Alter, um Vereinsamung, Sich-überflüssig-Fühlen und Depressivität entgegen zu treten. Wertschätzung, Aktivität und Selbstbestimmung sind eng miteinander verknüpft. Professionelle Strukturen psychischer Unterstützung können die Selbstbestimmung stärken und psychische Zwangssituationen, in denen Selbstbestimmung eng geführt ist, überbrücken.

Literatur

Albrecht G.L., Devlieger, P.J. (1999), The Disability Paradox: High Quality of Life Against all Odds In: *Soc Sci Med* 48/8, 977-88.

Améry, Jean (1978), Der Tod soll meine Sache sein. Interview, In: *Der Spiegel*, 44, 233-246.

Ders. (1976), Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart.

American Psychiatric Association (1980), Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Post-traumatic Stress Disorder, Washington D.C. 1980.

Angermann, Christoph, Doll, Hans (1986), Die Idee des Freitods ist irrational. Auch Selbstmörder suchen das Leben, in: Haller, Michael (Hg.): *Freiwillig sterben – freiwillig? Selbstmord – Sterbehilfe – Suizid, Hamburg*, 157 - 162;

Auer, Alfons (2016), *Autonome Moral und christlicher Glaube*. 3. Aufl., Darmstadt.

Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin, Neitzke, Gerald, Coors, Michael, Diemer, Wolf, Holtappels, Peter, Spittler, Johann F., Wördehoff, Dieter (2013), Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. In: *Ethik in der Medizin* 25, 349-365.

Beck, Aaron T. u.a. (1986), *Kognitive Therapie der Depression*. München-Weinheim.

Boas, Franz (1888), *The Central Eskimo*. Nachdruck, Bison Book, Washington 1967.

Bobbert, Monika (2000), Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluß an die Moralphilosophie von Alan Gewirth, In: *Ethica*, 8/4, 405-440.

Dies. (2002), Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung, in: Düwell, Marcus, Steigleder, Klaus (Hg.), *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt / M.: Suhrkamp, 314-322.

Dies. (2012), *Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte – Theorie – Ethik*, Münster.

Dies., Werner, Micha H. (2014), *Autonomie / Selbstbestimmung im Humanexperiment*. In: Lenk, Christian, Duttge, Gunnar, Fangerau, Heiner (Hg.): *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen*, Berlin, 105-114.

Dies. (2015), *Keine Autonomie ohne Kompetenz und Fürsorge. Plädoyer für die Reflexion innerer und äußerer Voraussetzungen*. In: Mathwig, Frank, Meireis, Torsten, Porz, Rouven, Zimmermann, Markus (Hg.), *Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege*, Zürich, 69-92.

Dies., Mieth, Dietmar (2015), *Das christliche Proprium der Ethik. Zur moralischen Perspektive der Religion*. Luzern.

Dies. (2016), *Christlich motiviert – vernünftig begründet. Bildungs- und forschungsethische Perspektiven*, in: Schweizerische Kirchenzeitung SKZ 3, 23-27 .

Christoph, Doll, Hans (1986), *Die Idee des Freitods ist irrational. Auch Selbstmörder suchen das Leben*. In: Michael Haller (Hg.): *Freiwillig sterben – freiwillig? Selbstmord – Sterbehilfe – Suichtod*, Hamburg, 157-162.

Deutsche Bischofskonferenz (1995), *Katholischer Erwachsenen-Katechismus*, Freiburg/Br., Bd. 2.

Deutsche Bischofskonferenz, *Sterben in Würde*, Bonn 2016.

Deutsche Bischofskonferenz, Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.) (2011), *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte*, Bonn/Hannover, 2. Aufl.

Deutscher Ethikrat (2017), *Suizidprävention statt Suizidunterstützung. Erinnerung an eine Forderung des Deutschen Ethikrates anlässlich einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts. Ad-hoc-Empfehlung 2*, Berlin.

Di Fabio, Udo (2017), *Erwerbserlaubnis letal wirkender Mittel zur Selbsttötung in existentiellen Notlagen. Rechtsgutachten zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2.März 2017 – 3 C 19/15 im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte*, <https://www.bfarm.de/SharesDocs/Downloads/DE/Service/Presse/Rechtsgutachten.pdf> (abgerufen am 01.02.2018).

Dworkin, Ronald (1993), *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York.

Dworkin, Gerald (1970), *Acting freely*, In: *Nous* 4, 4.

Ders. (1989), *The Concept of Autonomy*, in: *Christman, John* (ed.), *The Inner Citadel. Essays on Individual Autonomy*, New York, 54-62.

Epstein Rosen, Laura, Amador, Xavier, F. (2002), *Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist [When someone you love is depressed 1996]*, Reinbek.

Etzersdorfer, Elmar (1994), *Einige Bemerkungen zum Konzept des „Rationalen Suizids“*. In: *Suizidprophylaxe* 21, 93-98.

Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), n: *NJW* 2013, 2953.

Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (2008; aktualis. 2014), *Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung*, Hannover.

Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L. (1986), *A History and Theory of Informed Consent*. New York/Oxford.

Fenner, Dagmar (2006), *Gibt es überhaupt einen „freien“ oder „Bilanzsuizid“?* In: *Petermann, Frank T.* (Hg.): *Sterbehilfe – Grundsätzliche und praktische Fragen*, St. Gallen, 249-285.

Formann, Thomas, Teismann, Tobias, Glaesmer, Heide (2016), *Diagnostik von Suizidalität*, Göttingen.

Giebelmann, Kathrin (2016), *Suizidprävention: Bei Verdacht ansprechen*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113, 37, A 1584-1586.

Grond, Erich (1993), *Die Pflege und Begleitung depressiver alter Menschen*. Hannover.

Ders. (2001), *Altersschwermut*. München/Basel.

Küng, Hans (2014), *Glücklich sterben?* München.

Hartmut Kress (2014), *Zur Frage der Suizidbegleitung*. Statement auf der Veranstaltung der SPD-Bundestragsfraktion, „Hilfe beim Sterben – Hilfe zum Sterben“. Bonn, https://www.ev-theol.uni-bonn.de/fakultaet/sozialethik/kress/vortraege/kress_suizidbegleitung_30.10.2014.pdf (abgerufen am 02.02.2018).

Frankfurt, Harry G. (1971), *Freedom of Will and the Concept of a Person*. In: *Journal of Philosophy* 68/1, 5-20.

Ders. (1992), *The Faintest Passion*. In: *Proceedings and Addresses of the American Philosophical Association* 66/3, 5-16.

Held, Tilo (2003), *Suizid als Krankheit*. In: *Brudermüller, Gerd, Marx, Wolfgang, Schüttauf, Konrad* (Hg.): *Suizid und Sterbehilfe*, Würzburg, 165-172.

Hoche, Alfred (1919), *Vom Sterben*. Kriegsvortrag, gehalten in der Universität am 6. November 1918, Jena.

Hohendorf, Geritt (2015), *Ethische Überlegungen zum ärztlichen Umgang mit suizidalen Menschen und dem Wunsch nach Suizidassistenz*. Vortrag beim Symposium DGPPN-Kongress 2014 „Zwischen Suizidprävention und ärztlich assistiertem Suizid – eine unauflösbare Kontroverse?“ DGPPN- Kongress 2014, Berlin, unveröff. Manuskript.

Holderegger, Adrian (2002), *Recht auf den freigewählten Tod?*, Fribourg i.Ue.

Ders. (2002), *Suizid – Leben und Tod im Widerstreit*. Freiburg i. Ue.

Ders. (1998), *Suizid, ethisch*. In: *Korff, Wilhelm, Beck, Leo, Mikat, Paul* (Hg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 3, Gütersloh, 498.

Hucklenbroich, Peter, Buyx, Alena (Hg.) (2013), *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster.

Hume, David (2013), *Über Selbstmord [Of suicide, 1757]. Über die Unsterblichkeit der Seele*. Berlin.

Kant, Immanuel (1968), *Kritik der reinen Vernunft [1781]*. In: *ders., Werke*, Akademieausgabe, Berlin, Bd. 4, Berlin.

Ders. (1968) *Metaphysik der Sitten (Tugendlehre, von der Selbstentlebung)*. Erstes Buch, § 5, bzw. Akademieausgabe, Berlin.

Kanton St. Gallen, Department des Innern, *Umgang mit Sterbehilfeorganisationen in Betagteinrichtungen*. Empfehlung der Fachkommission für Altersfragen vom 17.05.2013.

Klesse, Raimund (2003), *Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht*. In: *Imago Hominis* 10 ,1, 37-44.

Krämer, Hans (1995), *Integrative Ethik*. Frankfurt/M.

Kreß, Hartmut (2014), *Zur Frage der Suizidbegleitung*. Statement auf der Veranstaltung der SPD-Bundestragsfraktion „Hilfe beim Sterben – Hilfe zum Sterben“ am 30.10.2014 in Bonn, 5 S. unter: https://www.ev-theol.uni-bonn.de/fakultaet/sozialethik/kress/vortraege/kress_suizidbegleitung_30.1.2014.pdf (abgerufen am 02.02.2018).

Küng, Hans (2014), *Glücklich sterben?*, München.

Lapierre, Sylvie et al. (2011), A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. In: *Crisis* 32/2, 88-98.

Lindner, Reinhard (2007), „Innenansichten“. Was wissen wir über die Motive älterer suizidaler Menschen und ihre Bereitschaft, Hilfe anzunehmen? In: Teising, Martin, Drach, Lutz, Gutzmann, Hans, Haupt, Martin, Kortus, Rainer, Wolter (Hg.): *Alt und psychisch krank*, Stuttgart, 345-356.

Ders., Fiedler, Georg, Götze, Paul (2003), Diagnostik der Suizidalität. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100/15, A 1004-A1005.

Ders., Hery, Daniela, Schaller, Sylvia, Schneider, Barbara, Sperling, Uwe (2014), Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Berlin.

Liu, Richart T., Miller, Ivan (2014) Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. In: *Clinical Psychological Review* 34, 181-192.

Mathwig, Frank (2009), *Luxus Sterben? Zur aktuellen Kontroverse um Suizidhilfe und Sterbebegleitung* Vortrag Spitex-Dienste, Dietlikon. <http://www.kirchenbund.ch/sites/default/files/media/pdf/mitarbeiter/Mathwig/Luxus-Sterben.pdf> (abgerufen am 01.02.2018), 1-10.

Metz, Johann B. (1997), Mit der Autorität der Leidenden. Compassion – Vorschlag zu einem Weltprogramm des Christentums. In: *Süddeutsche Zeitung*. Feuilleton-Beilage Weihnachten.

Ders. (2007), *Memoria passionis*, Freiburg i.Br., 3. Aufl.

Mieth, Dietmar (1982), *Gottese Erfahrung und Weltverantwortung. Über die christliche Spiritualität des Handelns*, München.

Ders. (2004), Töten gegen Leiden? In: Biesenbach, Klaus (Hg.): *Diezehngebote*, Deutsches Hygienemuseum Dresden, 1-5.

Ders. (2008), *Selbstbestimmung. Der Wille und die Würde Sterbender*, Düsseldorf.

Neitzke, Gerald, Coors, Michael, Diemer, Wolf, Holtappels, Peter, Spittler, Johann F., Wördehoff, Dieter (2013), Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin, Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. In: *Ethik in der Medizin* 25, 349-365.

Nietzsche, Friedrich (1954), Also sprach Zarathustra [1883]. In: *Friedrich Nietzsche: Werke in drei Bänden*. München, Band 2.

Papst Johannes Paul II (1995), *Evangelium Vitae*. Über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens.

Papst Paul IV (1965), *Gaudium et Spes*. Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute.

Ricoeur, Paul (1996), *Das Selbst als ein Anderer* [Soi-meme comme un autre, 1990]. München.

Rippe, Klaus Peter, Schwarzenegger, Christian, Bosshard, Georg, Kiesewetter, Martin (2005), Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe. In: *SJZ* 101/3, 53-62.

Musil, Robert (1933/1943), *Der Mann ohne Eigenschaften*. Bd. 1, Lausanne.

Schweizer Bischöfe (1999/2002), *Die Würde des sterbenden Menschen*. Pastoral Schreiben zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung, Basel.

Scobel, Walter A. (1981), Suizid – Freiheit oder Krankheit? In: Henseler, Heinz, Reimer, Christian (Hg.): *Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie*. Stuttgart-Bad Cannstatt, 82-112.

Seidler, Günter H., Eckart, Wolfgang U. (2005), „Psychotraumatologie“, eine Disziplin im Werden. In: Dies. (Hg.): *Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung*. Gießen, 7-26.

Seneca (2014), 70. Brief an Lucilius. In: *Briefe an Lucilius über Ethik, Teil 1 und 2*, Stuttgart.

Stein, Claudius (2009), *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*, Stuttgart.

Student, Christoph, Napiwotzky, Annedore (2011), *Palliative Care wahrnehmen – verstehen – schützen*, Stuttgart, 2. Aufl.

Teismann, Tobias, Dorrman, Wolfram (2014), *Suizidalität*. Göttingen.

Wildfeuer, Armin G. (2011), Freiheit. In: Düwell, Marcus, Hübenthal, Christoph, Werner, Micha H. (Hg.): *Handbuch Ethik*, Stuttgart, 3. Aufl., 258-366.

Wolfersdorf, Manfred (2015), Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid. Eine psychiatrische Position. In: *Nervenheilkunde* 6451-458.

Ders., Etzersdorfer, Elmar (2011), *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart.

World Health Organisation (2014), *Preventing Suicide – a Global Imperative*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 (abgerufen am 01.02.2018).

Zalsman, Gil, et al. (2016), Suicide Prevention Strategies Revisited: 10-year Systematic Review. In: Lancet Psychiatry, Published Online, June 8, 2016, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).

Zimmermann-Acklin, Markus (2000), Zur Sterbehilfediskussion in der theologischen Ethik, in: Zeitschrift für Ethik in der Medizin 12, 2–15.

Über die Autorin

Prof. Dr. theol. Monika Bobbert, Dipl.-Psych., ist Direktorin des Seminars für Moralthologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Münster. Zuvor lehrte und forschte sie zur Theologischen Ethik, Sozialethik, Medizin- und Pflegeethik an den Universitäten Luzern und Heidelberg.

Über www.ethikjournal.de

EthikJournal ist eine Onlinezeitschrift für Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen. Ausgehend von aktuellen Problemen werden grundlegende theoretische und handlungsorientierte Themen zur Diskussion gestellt. Die Zeitschrift erscheint zweimal im Jahr online. Herausgeber der Zeitschrift ist das Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP).

ISSN 2196–2480

Zitationsvorschlag *Bobbert, Monika* (2017), Suizidwunsch und die Perspektiven der Anderen: Zur Problematik impliziter Vorannahmen und der Hilflosigkeit Nahestehender, in: EthikJournal 4. Jg. / Nr. 2, Download unter: [Link zum pdf-Onlinedokument](#) (Zugriff am).