Der assistierte Suizid als sozialer Akt

Claudia Bozzaro

Länder, die den assistierten Suizid oder darüber hinaus vielleicht auch die Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt haben, haben dies bislang ausnahmslos mit Blick auf Situationen geregelt beziehungsweise an Bedingungen geknüpft, die durch das Vorliegen einer »schweren«, »hoffnungslosen« Erkrankung und eines »unerträglichen Leidens« charakterisiert sind.

Das Bundesverfassungsgericht geht mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 in eine andere Richtung, indem es ein Urteil formuliert, das fast ausschließlich auf das Persönlichkeitsrecht, also die individuelle Autonomie einer sterbewilligen Person Bezug nimmt. Das Urteil besagt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasse. Dieses wiederum schließe die Freiheit mit ein, sich das Leben zu nehmen. Darüber hinaus umfasse die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit, sich hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese Hilfe, soweit sie angeboten werde, auch in Anspruch zu nehmen.

In diesem Beitrag werde ich die Stoßrichtung des Urteils einer kritischen Betrachtung unterziehen. Dabei geht es mir nicht primär darum, die grundsätzliche Entscheidung darüber, ob der Zugang zum assistierten Suizid gegeben sein soll oder nicht, zu thematisieren, sondern es geht mir um die meines Erachtens einseitige Begründung des Gerichtsurteils. Dafür schaue ich mir in einem ersten Schritt das Autonomie-Verständnis des Urteils näher an und versuche aufzuzeigen, dass eine Thematisierung der Motive und Perspektiven der Hilfeleistenden erforderlich ist, weil der assistierte Suizid eine soziale Praxis ist. In einem zweiten Schritt lege ich den Fokus auf die Ärzteschaft und in einem dritten Schritt stelle ich dar, warum die Annahme, jemand hätte gute Motive, rein aus Respekt vor der Autonomie der sterbewilligen Person Hilfe zu leisten, nicht überzeugend ist. Ich schlussfolgere, dass die Gestaltung der Praxis des assistierten Suizids ohne die Inkaufnahme eines gewissen Paternalismus letztlich nicht möglich ist.

1. Individuelle Entscheidung versus sozialer Akt

Dass das Bundesverfassungsgerichtsurteil zugunsten der Abschaffung von Paragraph 217 des Strafgesetzbuches ausfallen würde, war zu erwarten. Überraschend war für viele

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

aber die Begründungsweise mit der, nach Ansicht einiger Kritiker*innen, Deutschland geradezu zur »Avantgarde« der Liberalisierung des assistierten Sterbens avanciert sei (vgl. Mieth 2022; vgl. Teising 2022). Die bemerkenswerteste Passage in der Urteilsbegründung lautet:

> »Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist als Ausdruck personaler Freiheit nicht auf fremddefinierte Situationen beschränkt. Das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist. […] Maßgeblich ist der Wille des Grundrechtsträgers, der sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit entzieht.«
> (BVerfG 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 1b RN 210)

Was ist an dieser Aussage bemerkenswert? In ihrer Logik und Stringenz ist sie zunächst einmal bestechend. Geht man von der individuellen Selbstbestimmung aus, so ist die Schlussfolgerung plausibel, dass der Bewertung der Beweggründe und Motive, die ein Individuum zu dem Entschluss führen, seinem Leben ein Ende zu setzen, keine Bedeutung zukommen sollte. Menschen sind auch sonst nicht dazu angehalten, andere Menschen oder gar der Gesellschaft die Beweggründe für ihre Lebensentscheidungen mitzuteilen oder zu erklären, sofern diese nicht die Freiheit anderer tangieren. Gerade im Fall einer solch existenziellen und persönlichen Entscheidung ist es plausibel zu unterstreichen, dass diese eben nicht vor anderen oder anhand gesellschaftlicher Maßstäbe begründungsbedürftig ist.

Doch gleichzeitig ist die Passage befremdlich und das mindestens aus zwei Gründen: Erstens transportiert dieses Urteil ein Menschenbild, welches das Individuum völlig isoliert betrachtet. Die »Autonomie-Monotonie« des Urteils spiegelt, wie Jean-Pierre Wils (2022) in seinem lesenswerten Beitrag *Vollendetes Leben* zu Recht beschreibt, ein liberalistisches Verständnis von Autonomie wieder, das in der Spätmoderne zu seinem Kulminationspunkt gekommen ist. Blickt man auf Beschreibungen von Soziolog*innen und Kulturwissenschaftler*innen wie Ulrich Beck und Elisabeth Beck-Gernsheim (Beck/Beck-Gernsheim 2002), Zygmunt Baumann (2013) oder Eva Illouz (2011), passt dieses Verständnis von Autonomie sehr gut zu den von ihnen beschriebenen Tendenzen zur Individualisierung und Selbstverwirklichung spätmoderner Gesellschaften, die letztlich vermeintliche »Singularitäten« hervorbringen (vgl. Reckwitz 2017) mit einer eigentümlichen Fokussierung auf eigene Anerkennungsansprüche für die je eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Leiden gegenüber der Gesellschaft. Dass dieses skizzierte Menschenbild und das damit einhergehende Autonomie-Verständnis in dieser radikalen Weise zu kurz greift, sollte eigentlich klar sein. Menschen sind nolens volens in ein soziales, ge-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

sellschaftliches Gefüge von Geburt an eingebettet und müssen sich zu diesem verhalten.[1] Diese Perspektive, die den Menschen letztlich in seiner Sozialität, in seiner wie auch immer ausgestalteten Verbundenheit mit den anderen denkt und somit immer auch kontextsensitiv ist, kommt im Urteil des Bundesverfassungsgerichts nur marginal zum Tragen.

Natürlich ist jede*r frei, sich selbstbestimmt zu entscheiden, das eigene Leben zu beenden. Sicher kann auch jede*r für sich beanspruchen, über die Motive und Beweggründe für diese Entscheidung keine Auskunft, geschweige denn eine Erklärung geben zu müssen. Das alles ist legitim, wenn eine Person den Suizid auch selbst vollzieht ohne andere Menschen zu involvieren. Allerdings ist auch ein Suizid eine sozial bedeutsame Handlung insofern sie stets auch andere betrifft: als Hinterbliebene, die im schlimmsten Fall den Entschluss der*des Verstorbenen nicht verstehen und den Verlust somit vielleicht nicht verarbeiten können.

Soll eine Praxis des assistierten Suizids auf ein solch individualisiertes und liberales Verständnis von Autonomie beschränkt gestaltet werden, müsste wohl folgendes Prozedere ins Auge gefasst werden: Nach einer – vielleicht durch den Einsatz einer entsprechende KI – erfolgten Überprüfung und Anerkennung der Freiverantwortlichkeit des Entschlusses der*des Sterbewilligen wird dieser*diesem das entsprechende Medikament am Automat ausgehändigt, damit sie*er es zu sich nehmen kann, wann und wie sie*er es für sich für richtig hält (vgl. dazu auch Hurst/Mauron 2017). Doch Vorschläge in diese Richtung werden in der Regel mit dem Hinweis auf Zynismus beziehungsweise darauf, dass man diese Praxis nicht als rein bürokratischen Akt verstanden wissen will, abgelehnt. Das lässt vermuten, dass es de facto doch um mehr als eine individuelle Entscheidung und einen individuellen Akt geht. Dass es vielleicht doch auch darum geht, dass eine sterbewillige Person in ihrer Entscheidung verstanden, gesehen und in diesem Sinne auch anerkannt werden will.

Die soziale Dimension des Menschseins ist aber vor allem deswegen bedeutsam – und damit ist der zweite Grund angesprochen, der bei der Urteilsbegründung fraglich erscheint –, weil der Sachverhalt, der in dem Urteil behandelt wird, ja gerade ein sozialer Akt ist. Im Urteil geht es nicht einfach um einen Suizid, sondern um einen assistierten Suizid. Ein assistierter Suizid ist eine soziale Handlung beziehungsweise Praxis per definitionem, da im Minimum eine weitere Person, nämlich die*der Hilfeleistende, mit involviert ist. Es steht daher im Widerspruch mit dem behandelten Sachverhalt, diesen quasi ausschließlich aus der Perspektive der sterbewilligen Person zu behandeln.

Diese weitere handelnde Person wird im Urteil des Bundesverfassungsgerichts, wenn man so will, lediglich ex negativo erwähnt, indem festgelegt ist, dass niemand gezwungen werden könne, Hilfe beim Suizid zu leisten. Das individuelle Persönlichkeitsrecht begründet also zwar ein Recht Hilfe anzunehmen, wenn sie denn angeboten wird, aber es begründet kein Anspruchsrecht gegenüber einer bestimmten Person oder

1 Auch in der Medizinethik hat sich an vielen Stellen eine einseitige und verkürzte Auffassung von Autonomie etabliert, welche diese lediglich in liberaler Hinsicht als Selbstbestimmung und Freiheitsanspruch versteht. Dass ein solches Verständnis von Autonomie zu kurz greift, ist beispielsweise in den Konzepten der »relationalen Autonomie« (Mackenzie/Stoljar 2000) aufgenommen worden.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

gegenüber einer Personengruppe. Wenn sich niemand bereit erklärt, einer sterbewilligen Person beim Suizid zu helfen, kann diese mit Verweis auf das eigene Persönlichkeitsrecht im Hinblick auf einen assistierten Suizid nichts bewirken.

Betrachtet man den assistierten Suizid als eine soziale Praxis, drängt sich die Frage auf, wer sich aus welchen Motiven und Beweggründen angesprochen fühlen sollte, bei einem Suizid einer anderen Person zu assistieren. Warum sollte jemand einer anderen Person beim Suizid helfen wollen, ohne deren Motive für diesen irreversiblen Schritt zu kennen? Diese Frage ist in der bisherigen Debatte kaum gestellt worden. Dabei ist sie zentral bezüglich der Ausgestaltung einer »guten Praxis« des assistierten Suizids. Dies gilt sowohl für diejenigen, die einen Sterbewunsch haben, damit sie wissen, an wen sie sich mit einer begründeten Hoffnung auf Unterstützung wenden können, als auch für die Gesellschaft als Ganzem, will sie eine gewisse Kontrolle über diese Praxis behalten und Missbrauch verhindern.

2. Die Ärzteschaft

Eine Personengruppe, die im Mittelpunkt der Diskussionen um die Praxis des assistierten Suizids in Deutschland wie auch in anderen Ländern steht, ist die Ärzteschaft. Mit Blick auf diese Berufsgruppe und ihr ärztliches Ethos ist für die Frage nach den Motiven für eine Hilfeleistung entscheidend, ob die Praxis des assistierten Suizids beziehungsweise des assistierten Sterbens leidens- oder autonomiebasiert legitimiert wird.

In Ländern, in denen neben dem assistierten Suizid auch andere Praktiken des assistierten Sterbens möglich sind, wie zum Beispiel die Tötung auf Verlangen, sind diese eindeutig medikalisierte Praktiken. Das bedeutet, dass Handlungen wie der assistierte Suizid oder eine Tötung auf Verlangen gesetzlich strafbar sind, aber für bestimmte Personengruppen – in der Regel die Ärzteschaft, in einigen Ländern wie Kanada aber auch die Pflegenden – Ausnahmen definiert werden, in welchen bei Einhaltung gewisser Kriterien Straffreiheit zugesichert wird. In diesen Gesetzen wird zwar ebenfalls festgehalten, dass kein*e Ärztin*Arzt zur Assistenz beim Suizid oder bei einer Tötung auf Verlangen verpflichtet werden kann, aber es wird vorausgesetzt, dass der Ärzteschaft aufgrund ihrer beruflichen Expertise eine besondere Aufgabe zukommen sollte: Entsprechend sind die Ausnahmesituationen in der Regel auf krankheitsbedingte, »unerträglich« leidvolle Situationen beschränkt (vgl. The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide [Review Procedures] Act 2002; vgl. The Belgian Act on Euthanasia 2002). In Kanada wurde die Verortung dieser Praktiken im medizinischen Kontext zusätzlich dadurch unterstrichen, dass sie alle – assistierter Suizid ebenso wie Tötung auf Verlangen – unter dem Begriff »MAiD: Medical assistance in dying« subsumiert wurden. Das dort im Jahr 2016 verabschiedete Gesetz heißt entsprechend Canada's medical assistance in dying (MAiD) law (Bill C-14 2016). Da die Linderung von krankheitsbedingtem Leiden eine Kernaufgabe der Medizin darstellt (vgl. Callahan 2014), ist klar, dass Ärzt*innen in entsprechenden Situationen eine Hilfe im Sterben als durchaus im Einklang mit ihrer ärztlichen Aufgabe beziehungsweise dem ärztlichen Ethos ansehen können, vorausgesetzt, sie sind auch bereit, die Handlung selbst, also die Assistenz beim Suizid beziehungsweise die Tötung auf Verlangen, als geeignete Mittel anzusehen, um Leidenslinderung

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

zu erzielen (vgl. Boudreau/Somerville 2013). Des Weiteren ist klar, dass die Beurteilung der Motive für den Suizidwunsch im Mittelpunkt dieser Praxis steht und es der Ärzteschaft obliegt, das Vorhandensein von Motiven zu ermitteln, die in den Gesetzen als legitim für die Inanspruchnahme eines ärztlich assistierten Sterbens vorgesehen sind. Führt ein*e Ärztin*Arzt diese Überprüfung nicht richtig durch, kann sie*er strafrechtlich belangt werden. Damit ist auch klar, dass die Ärzteschaft in dieser Praxis eine ganz zentrale Gatekeeper-Funktion innehat. Man könnte auch sagen, dass diese Praxis durch einen machtvollen ärztlichen Paternalismus ausgezeichnet ist (vgl. Ten Have/Welie 2005). Denn es sind die Ärzt*innen, welche das Vorliegen des »unerträglichen Leidens« letztlich attestieren müssen. Eine andere Instanz, an die sich die sterbewillige Person wenden kann, zum Beispiel bei Ablehnung ihrer Anfrage, ist nicht vorgesehen (vgl. den Hartogh 2017; vgl. Kimsma 2010).

Die Versuche, die Praxis des assistierten Sterbens auf klar definierte Ausnahmefälle zu begrenzen, ist in der Praxis bislang nur sehr bedingt gelungen. In einigen Ländern wie zum Beispiel im US-Bundesstaat Oregon, wo bereits seit 1996 mit dem Death With Dignity Act die ärztliche Verschreibung eines tödlichen Mittels zur Selbsttötung für volljährige, einwilligungsfähige Personen mit einer terminalen Erkrankung mit einer Lebenserwartung von maximal sechs Monaten gesetzlich erlaubt ist, ist die Anzahl der ärztlich assistierten Suizide bis heute relativ stabil geblieben und gab es bislang auch keine Überarbeitung der Kriterien (vgl. Hedberg/New 2017). Hier wurden enge Kriterien definiert und die Ärzteschaft ist lediglich indirekt bei der Begutachtung der Sorgfaltskriterien und der Ausschreibung des Medikaments involviert.

Anders ist die Lage in Ländern, die nicht nur den ärztlich assistierten Suizid, sondern auch die Tötung auf Verlangen erlaubt haben. Die ärztliche Tötung auf Verlangen ist weit stärker auf die direkte Beteiligung der Ärzteschaft angewiesen als die Suizidbegleitung. In den Niederlanden wie auch in Belgien hat es in den vergangenen Jahren seit Inkrafttreten der dortigen Gesetze nicht nur eine deutliche Steigerung der Anzahl der Fälle gegeben, sondern auch eine Ausweitung mit Blick auf Erkrankungen, die als Ursache von »unerträglichem Leiden« anerkannt werden (vgl. Jones/Gastmans/Mackellar 2017; vgl. Youngner/Kimsma 2012). Während es zu Beginn vor allem onkologische terminale Erkrankungen waren, die als Ursache für ein »unerträgliches Leiden« anerkannt waren, sind es heute auch andere Krankheitsbilder wie zum Beispiel chronische psychische Erkrankungen und zunehmend auch altersbedingte Multimorbiditäten. Zuletzt ist auch die Annahme selbst, man könne das Leiden an objektiven Kriterien festmachen, zunehmend hinterfragt worden. Die Tatsache, dass ein Leiden durch eine objektiv diagnostizierbare Krankheit verursacht ist, sagt nicht viel über den subjektiven Leidenszustand einer sterbewilligen Person aus. Die Einschätzung der Unerträglichkeit des Leidens bleibt letztlich ein subjektives Phänomen, da sich die Unerträglichkeit auf das Leiden und nicht auf eine objektiv feststellbare Erkrankung bezieht. Diese Erkenntnis hat in der Praxis dazu geführt, dass der Krankheitsbezug zunehmend in Frage gestellt wurde und das Kriterium des »unerträglichen Leidens« selbst verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist (vgl. Wijsbek 2012; vgl. Bozzaro 2018).

Nun beruht dieses Kriterium auf keinem eindeutigen Begriff. Im Gegenteil, der Begriff kann sich auf sehr unterschiedliche Zustände beziehen, unter anderem auf solche, die nicht krankheitsbedingt sind. In den Niederlanden wird gegenwärtig im Rahmen

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

einer Initiative für eine Gesetzesänderung die Debatte geführt, ob nicht auch »gesunde«, jedoch »lebenssatte« ältere Menschen ab dem Alter von 75 Jahren Anspruch auf eine Assistenz im Sterben haben sollten (vgl. Wils 2022). Befürworter*innen dieser Initiativen verweisen zu Recht darauf, dass existenzielle Zustände wie beispielswiese Einsamkeit, die Angst, anderen zur Last zu fallen oder vor Kontrollverlust und Ähnliches ebenso »unerträglich« sein können wie körperliche Schmerzen und Einschränkungen oder auch psychische Erkrankungen. Doch auch wenn eine weitere Ausweitung auf so genannte »existenzielle Leidenssituationen« vom Sachverhalt her nachvollziehbar wäre, hätte dies gravierende Konsequenzen für die Ärzteschaft und die Medizin (vgl. Meier 2021). Werden immer mehr Leidenszustände ohne Krankheitsbezug in eine medikalisierte Praxis des assistierten Sterbens einbezogen, droht der Aufgabenbereich der Medizin an Konturen zu verlieren. Da Leiden oft als ein rein subjektives Empfinden gedeutet wird und vor allem im Fall existenzieller Situationen ein »objektives« Krankheitskorrelat fehlt, würde eine zunehmende Berücksichtigung solcher Leiden die Ärzteschaft zur reinen Dienstleisterin machen, die auf die Anfragen beziehungsweise subjektiven Wünsche ihrer Patient*innen reagiert (vgl. Bozzaro 2021). Die breite Zurückhaltung der Ärzteverbände in den Niederlanden bezüglich der genannten Gesetzesinitiative lässt sich so deuten, dass dies nicht dem eigenen Selbstverständnis entspricht (vgl. Wils 2022).

In Deutschland ist die Ausgangslange durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts insofern anders, als dieses von vornherein das Augenmerk auch auf Suizidwünsche richtet, die explizit nicht mit einen Krankheits- und Leidensbezug in Verbindung stehen. Damit ist es prinzipiell möglich, einem gesunden Menschen, der aus welchen Motiven auch immer – ökonomische Nöte, existenzielle Gründe – einen Suizid begehen möchte, hierbei zu helfen. Wenn man eine Begründung über das Argument des krankheitsbedingten Leidens außen vor lässt, ist nicht ersichtlich, warum sich ein*e Ärztin*Arzt zur Begleitung eines Suizides überhaupt angesprochen fühlen sollte. Das häufig angeführte prozedurale Argument, dass primär die Ärzteschaft über besondere Kenntnisse und Fähigkeiten verfüge, einen Suizid zu begleiten, ist empirisch nicht haltbar. In der Schweiz wird die Assistenz beim Suizid oft von extra dafür ausgebildeten Sterbebegleiter*innen durchgeführt, die keine medizinische Expertise habe (vgl. Zimmermann/Felder/Streckeisen/Tag 2019; vgl. Hurst/Mauron 2003). In anderen Ländern wie Oregon und anderen US-Staaten wird das Medikament lediglich von der Ärzteschaft verschrieben. Eine unmittelbare Begleitung ist dort nicht vorgesehen. Gleiches gilt für Österreich, wo seit Januar 2021 ein entsprechendes Gesetz die Ausgabe eines tödlichen Medikaments für Menschen mit einem krankheitsbedingten Leiden ermöglicht (vgl. Friesenecker/Fruhwald/Roden 2023).

Während bei einem Suizidwunsch, der nicht mit einem krankheitsbedingten Leiden zusammenhängt, die Inanspruchnahme einer Begleitung durch die Ärzteschaft somit fraglich erscheint, kann sich natürlich auch für in Deutschland tätige Ärzt*innen die Situation ergeben, dass sie mit einem Suizidwunsch konfrontiert werden, der durch ein schweres, vielleicht nicht mehr heilbares krankheitsbedingtes Leiden begründet ist. Leidenslinderung und Begleitung im Sterben sind auch aus Sicht der Bundesärztekammer zentrale Aufgaben der Ärzteschaft. Dennoch hat es die Bundesärztekammer in ihren revidierten Grundsätzen von 2021 vermieden, in diesem Punkt Klarheit zu schaffen. Sie hat zwar das explizite Verbot der ärztlichen Assistenz gestrichen, es bleibt aber der Hinweis

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

darauf, dass Hilfe beim Suizid nicht »zur Ausübung des ärztlichen Berufs« gehöre und dass es »eine freie und individuelle Entscheidung [sei], ob sich ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken« (Bundesärztekammer 2021: A1431). Wann aber handelt ein*e Ärztin*Arzt allein als Privatperson, auf der Grundlage einer freien und individuellen Entscheidung? Darf ein*e Ärztin*Arzt im Krankenhaus bei einem Suizid mitwirken? Wie genau soll ein tödliches Medikament verschrieben oder erhalten werden, ohne medizinische Indikationsstellung? Jede*r Ärztin*Arzt und jedes Behandlungsteam ist aktuell zuerst einmal auf sich selbst zurückgeworfen und muss jeweils für sich klären, ob und unter welchen Bedingungen sie einer Hilfe beim Suizid zustimmen würden.

3. Sterbebegleitung aus Respekt vor der Autonomie des anderen?

Lässt man die Ärzteschaft und ihr Berufsethos außen vor, stellt sich mit Blick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Frage, ob eine Hilfe beim Suizid durch eine Person x lediglich aus Respekt vor der Autonomie der*des Sterbewilligen und ohne Überprüfung der Motive erfolgen sollte. In diese Richtung ist das Urteil oftmals interpretiert worden (vgl. Windhöver 2022). Wie die Autorin im Rahmen mehrerer Podiumsdiskussionen mit interessierten Bürger*innen erfahren konnte, teilen durchaus viele die Ansicht, es sollte ausreichen, dass die Freiverantwortlichkeit geprüft wird, weitere Nachfragen seien dann unnötig. Beratungsgespräche und Zeitfristen, wie sie in allen Gesetzesentwürfen, die 2023 im Bundestag zur Debatte standen, vorgesehen waren, seien eine unzumutbare »paternalistische Bevormundung«. Warum muss man sich beraten lassen, wenn es doch um das eigene Leben beziehungsweise Sterben geht? Auf diesen Einwand gibt es mindestens zwei Antworten:

Erstens, weil der Staat und mit ihm die Gesellschaft – und das hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil auch unterstrichen – auch eine Pflicht zum Lebensschutz hat. Das individuelle Persönlichkeitsrecht muss von staatlicher Seite respektiert werden, der Schutz des Lebens – und damit auch vulnerabler Personengruppen – muss ebenfalls garantiert sein.

Zweitens, weil man einer Person grundsätzlich unterstellen darf, dass sie sich in ihrer Entscheidung irren könnte. Wenn es um eine gravierende und irreversible Entscheidung geht, ist das Nachfragen nicht automatisch Ausdruck von Paternalismus, sondern von einer berechtigten Fürsorge, die gerade der Autonomie der sterbewilligen Person Rechnung tragen will. Wir sind, wie der Philosoph Peter Schaber zu Recht bemerkt, »nicht immer gute Richter*innen in einer Sache: nicht während des Lebens und auch nicht an seinem Ende. Es kann also gut sein, dass die sterbewillige Person ihre Situation falsch bewertet.« (Schaber 2022: 218) Dieser Möglichkeit sollte man als Person, die prinzipiell bereit ist, Hilfe zu leisten, Rechnung tragen, gerade indem man nach den Gründen und Motiven für den Sterbewunsch fragt und diese nachzuvollziehen versucht. Wenn man als außenstehende Person nach entsprechenden Gesprächen die Motivlage, die einen Suizidwunsch begründet, nicht nachvollziehen kann, dann kann der Verdacht berechtigt sein, dass der Suizidwunsch nicht wohlerwogen ist. Würde man

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

in einer solchen Situation dem Wunsch nach Hilfe zum Suizid nachkommen, würde man sogar gegen das Interesse der sterbewilligen Person handeln.

Es ist unbestritten, dass es keine leichte Aufgabe ist, beiden Grundrechten – Lebensschutz und Persönlichkeitsrecht – angemessen Rechnung zu tragen. Ein Teil der Antwort muss aber darin bestehen, den sozialen Charakter der Praxis des assistierten Suizids zu berücksichtigen, was letztlich bedeutet, dass man eine Liberalisierung der Praxis des assistieren Suizid zwar vielleicht ohne einen gesetzgeberischen Paternalismus (vgl. Henking 2022), aber nicht ohne irgendeine Form von (im Idealfall fürsorglichem) Paternalismus – sei es durch die Ärzteschaft, durch staatliche Beratungsstellen, durch Sterbehilfeorganisationen und deren Regularien, aber eben auch durch die Autonomie der hilfeleistenden Person – wird gestalten können.

Ausgehend von einer kritischen Betrachtung der aus meiner Sicht zwar kohärenten, aber auf einem einseitigen Autonomieverständnis beruhenden Argumentationsweise des Bundesverfassungsgerichtsurteils habe ich den genuin sozialen Charakter der Praxis des assistierten Suizids herausgestellt. Die Betrachtung des sozialen Charakters der Praxis des assistierten Suizids rückt dann auch die Frage nach den Motiven und Beweggründen der helfenden Personen in den Vordergrund. Ich habe dann mit Blick auf die Berufsgruppe der Ärzteschaft gezeigt, dass die Motive der sterbewilligen Person essentieller Bestandteil für die Begründung einer potenziellen Involviertheit der Ärzteschaft sind. Ich habe dafür argumentiert, dass Suizidwünsche, die auf ein krankheitsbedingtes Leiden zurückzuführen sind, mit dem Berufsethos der Ärzteschaft vereinbar sind. Rein auf Autonomie begründete Suizidwünsche hingegen nicht. In einem letzten Schritt habe ich dafür argumentiert, dass eine Praxis des assistierten Suizids nicht allein mit dem Respekt vor der Autonomie der sterbewilligen Person begründet werden kann, erstens, weil sich eine Person in Bezug auf den eigenen Suizidwunsch täuschen kann. Deshalb ist das Kriterium der Nachvollziehbarkeit (durch andere) für eine gute Ausgestaltung dieser Praxis zentral, auch wenn damit eine gewisse Form von Paternalismus in Kauf genommen werden muss. Zweitens, weil die Gesellschaft und der Staat auch eine Fürsorgepflicht zum Schutz des Lebens haben, was ebenfalls erfordert, dass die Motive der suizidwilligen Person beleuchtet werden.

Literatur

Bauman, Zygmunt: The individualized society, Cambridge: John Wiley & Sons 2013.

Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences, Londres: Sage 2002.

Bill C-14: Canada's medical assistance in dying (MAiD) law 2006, https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/ad-am/p2.html.

Boudreau, Donald J./Somerville, Margaret A.: »Euthanasia is not medical treatment«, in: British medical bulletin 106(1) (2013), S. 45–66.

Bundesärztekammer: »Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgreichts zu §217 StGB«, in: Deutsches Ärzteblatt 118(29-30) (2021), S. 379.

Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., Rz. 240ff.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Bozzaro, Claudia: »Suffering – an Increasingly Relevant, Though Ambivalent Concept in Bioethics«, in: Christoph Mandry (Hg.), Suffering in Theology and Medical Ethics Paderborn: Brill Schöningh 2021, S. 75–85.

Bozzaro, Claudia: »Suicide on Prescription: the Judgment and the Ethics«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 143(10) (2018), S. 748–751.

Callahan, Daniel: »Foreword«, in: Ronald Green/Nathan Palpant (Hg.), Suffering and bioethics, Oxford: Oxford University Press 2014, ix-xii.

den Hartogh, Govert: »Two kinds of physician-assisted death«, in: Bioethics; 31(9) (2017), S. 66673.

Friesenecker, Barbara/Fruhwald Sonja/Roden, Christian: »Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag«, in: Anästhesie Nachrichten 5(2) (2023), S. 141–154.

Hedberg, Katrina/New, Craig: Oregon's Death With Dignity Act: 20 years of experience to inform the debate«, in: Annals of Internal Medicine 167(8) (2017), S. 579–583.

Henking, Tanja: »Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive«, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 65(1) (2022), S. 67–73.

Hurst, Samia A./Mauron, Alex: »Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians«, in: Britisch Medical Journal 326(7383) (2003), S. 271–273.

Hurst, Samia A./Mauron, Alex: »Assisted suicide in Switzerland: clarifying liberties and claims«, in: Bioethics 31(3) (2017), S. 199–208.

Jones, David A./Gastmans, Chris/MacKellar, Calum (Hg.): Euthanasia and assisted suicide: Lessons from Belgium (Vol. 42), Cambridge: Cambridge University Press 2017.

Kimsma Gerrit: »Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families«, in: Medicine Health Care Philosophy 13 (4) (2010), S. 355–361.

Illouz, Eva: Warum Liebe weh tut: eine soziologische Erklärung, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2011.

Mackenzie, Catriona/Stoljar, Natalie (Hg.): Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self, Oxford: Oxford University Press 2000.

Meier, Diane E.: »The treatment of patients with unbearable suffering – the slippery slope is real«, in: JAMA Internal Medicine 181(2) (2021), S. 160–161.

Mieth, Dietmar: »Selbstbestimmte Sterbehilfe und die Prüfung der freien Verantwortung aus ethischer Sicht. Ein Essay«, in: Monika Bobbert (Hg.), Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit, Baden-Baden: Nomos 2022, S. 191–210.

Reckwitz, Andreas (2017): Die Gesellschaft der Singularitäten, Berlin: Suhrkamp.

Teising Martin: »Zur Entstehungsgeschichte der Diskussion um den assistierten Suizid«, in: Joachim Küchenhoff/Martin Teising (Hg.), Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Gießen: Psychosozial-Verlag 2022, S. 13–22.

Ten Have, Henk/Welie, Jos: Death And Medical Power. An Ethical Analysis Of Dutch Euthanasia Practice, o.O.: McGraw-Hill Education (UK) 2005.

The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002, http://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2015/06/Euthanasia-Act.pdf, abgerufen am 25. September 2023.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, in: Ethical perspectives 9(2-3) (2002), S. 176–181.

Wijsbek, Henri: »The subjectivity of suffering and the normativity of unbearableness«, in: Stuart Youngner/Gerrit Kimsma (Hg.), Physician-assisted death in perspective, Cambridge: Cambridge University Press 2012, S. 319–333.

Wils, Jean- Pierre: »›Vollendetes Leben‹ – ein Sterbensgrund? Anmerkungen über Autonomie und Freiverantwortlichkeit«, in: Monika Bobbert (Hg.), Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit, Baden-Baden: Nomos 2022, S. 191–210.

Windhöfel, Thomas: »Ein Grundrecht auf assistierten Suizid? Anmerkungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020«, in: Christoph Böhr/Markus Rothhaar (Hg.), Anthropologie und Ethik der Biomedizin. Das Bild vom Menschen und die Ordnung der Gesellschaft, Wiesbaden: Springer VS 2021.

Zimmermann, Markus/Felder, Steffan/Streckeisen, Ursula/Tag, Brigitte: Das Lebensende in der Schweiz. Basel: Schwabe Verlag 2019.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-019 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY