Wann ist es Zeit zu gehen? Suizidwünsche im Kontext einer demenziellen Erkrankung

Daniel Lucas

Die rechtliche Regelung des assistierten Suizids in den DACH-Staaten (Deutschland, Österreich, Schweiz) ist in den letzten Jahren vorangeschritten. Während in der Schweiz, welche auf eine längere Kultur des institutionalisierten assistierten Suizids zurückblickt, kaum rechtliche Regelungen vorhanden sind, hat Österreich 2022 ein umfangreiches Sterbehilfegesetz erhalten. In Deutschland, wo das Bundesverfassungsgericht die Regelung im Strafrecht für verfassungswidrig befand, ist ein neuer Gesetzentwurf in parlamentarischer Beratung – allerdings zeichnen sich aktuell keine Mehrheiten für einen bestimmten Entwurf ab.[1]

Eine Betrachtung von Kriterien zur Sterbehilfe[2] weltweit zeigt, dass es vier gängige Kriterien gibt, die einer Erlaubnis zum Leisten von Sterbehilfe zugrunde liegen: (1) die Dauerhaftigkeit und Unmöglichkeit der Heilung der zugrundeliegenden Krankheit, (2) die Dauerhaftigkeit des Entschlusses und eine fortgesetzte Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe, (3) die Abklärung von (2) durch andere Institutionen, zumeist weitere ärztliche Gutachten und (4) die Einhaltung von festgelegten Kriterien für eine formale und sorgfältige Sterbebegleitung, etwa Dokumentationspflichten (vgl. Mroz/Dierickx/Deliens/Cohen/Chambaere 2021).

Für das Problem, welchem sich dieser Beitrag widmet, ist insbesondere das zweite Kriterium eine Herausforderung. Da demenzielle und vergleichbare neurodegenerative Erkrankungen dauerhaft und zum jetzigen Zeitpunkt unheilbar sind, sind die Betroffenen ab einem bestimmten Stadium der Erkrankung nicht mehr in der Lage, solche Entschlüsse zu treffen, welche den Kriterien der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit zu

1 Siehe dazu den Beitrag von Sabrina Risse-Steller in diesem Band.

2 Wenn im Folgenden von »Sterbehilfe« gesprochen wird, sind alle Handlungen gemeint, die Menschen dabei unterstützen, zu sterben. Dies reicht von der Beschaffung von Medikamenten bis zur Tötung auf Verlangen. Dies ist unter anderem auch darin begründet, dass die Rechtslage in den verschiedenen Staaten sehr unterschiedlich ist. Die Benelux-Staaten etwa erlauben auch eine Form der aktiven Sterbehilfe, das heißt Tötung auf Verlangen, während die DACH-Staaten lediglich (und oftmals zudem eingeschränkt) eine Beihilfe zum Suizid zulassen. Wenn lediglich der assistierte Suizid betrachtet werden soll, wird dieser Begriff verwendet.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

genügen vermögen, die etwa das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zugrunde legt.[3] Menschen mit einer demenziellen Erkrankung bestimmter Schwere wären daher von einem Zugang zu jeglicher Form der Sterbehilfe ausgeschlossen, wenn sie zum Zeitpunkt der Anwendung diese Kriterien erfüllen müssten. Wie sind also Sterbewünsche von Menschen mit Demenz zu bewerten, und zu welchem Zeitpunkt ist ihnen nachzukommen? Dieser Beitrag wird diese Frage schlussendlich nicht beantworten, aber vielleicht einige Hinweise dazu geben können, wie mit dem Suizidwunsch demenziell Erkrankter im Laufe ihrer Erkrankung umgegangen werden sollte.

Now, go to your bedroom: Ein Beispiel aus der Belletristik

Ein literarisches Beispiel, welches – nicht zuletzt aufgrund der Verfilmung mit Juliane Moore in der Hauptrolle – viel öffentliche Aufmerksamkeit erfuhr, ist der Roman der Neurowissenschaftlerin Lisa Genova *Still Alice.* In dem Buch erkrankt die 50-jährige Psychologieprofessorin Alice Howland an einer frühen Form von Demenz. Die hier zentrale Szene befindet sich gegen Ende des Buches. Alice findet, rein zufällig, auf ihrem Notebook einen Ordner mit dem Titel »Butterfly«, in welchem sich ein Brief befindet, den sie vor einiger Zeit an ihr späteres Selbst adressiert hatte. Gegen Ende des Briefes schreibt sie:

> »You wrote this letter to yourself when you were of sound mind. […] You can no longer trust your own judgment, but you can trust mine, your former self. You before Alzheimer's took too much of you away. […] I love you and I'm proud of you, of how you've lived and all that you've done while you could. Now, go to your bedroom. Go to the black table next to the bed, the one with the blue lamp on it. Open the drawer to that table. In the back of the drawer is a bottle of pills. The bottle has a white label on it that says FOR ALICE in black letters. There are a lot of pills in that bottle. Swallow all of them with a big glass of water. Make sure you swallow all of them. Then, get in the bed and go to sleep. Go now, before you forget. And do not tell anyone what you're doing. Please trust me.« (Genova 2019: 271f.)

Eine zentrale Annahme dieses Briefes ist, dass Alice sowohl ihre eigene Autorinnenschaft anerkennt als auch, dass sie zu dem Zeitpunkt, als sie den Brief schrieb, besser über ihr späteres Leben urteilen konnte, als sie es jetzt kann, wenn sie ihn liest. Weiterhin setzt sie zum früheren Zeitpunkt voraus, dass ihre Entscheidungsfähigkeit zum späteren Zeitpunkt nicht mehr als solche wahrgenommen wird. Ihr späteres Ich soll allein handeln, nicht um Hilfe bitten. Unbemerkt soll sie die Tabletten suchen und einnehmen. Sie tritt also quasi als ihre eigene Suizidhelferin auf.[4]

Der Suizidversuch scheitert schlussendlich an Alices kognitiver Überforderung, die Handlung auszuführen. Wenn es ihr jedoch gelungen wäre, ließe sich dies als Dauerhaftigkeit des Entschlusses interpretieren? Und wie drückte sich diese Dauerhaftigkeit

3 BVerfG, Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn 240 und 242f.

4 Die Formulierung geht auf Christoph Rehmann-Sutter zurück.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

beziehungsweise innere Festigkeit aus? Dadurch, dass Alice, die zukünftige Situation antizipierend, optimale Vorkehrungen getroffen hat? Oder etwa dadurch, dass sie, durch sich selbst auf ihr früheres Vorhaben gestoßen, sich dieses erneut zu eigen macht? Genova lässt in ihrer Darstellung viel Raum für Interpretationen: Handelt Alice nur impulsiv, indem sie der Aufforderung folgt, oder erkennt sie ihre früheren Entscheidungen als Imperativ für ihr jetziges Handeln an? Und selbst wenn Letzteres der Fall ist: Macht sie sich damit ihren eigenen, früheren Suizidwunsch nun zu eigen?

Im Folgenden sollen dafür drei verschiedene Aspekte behandelt werden: Zuerst gehe ich kurz auf die Genese von Suizidwünschen bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen ein. Es folgt eine Kritik von Selbstbindungen, also solchen Verfügungen, in denen Menschen anordnen, spätere Wünsche zu ignorieren, sowohl in Bezug auf das oben genannte Beispiel wie auch auf die Praxis von Patient*innenverfügungen. Abschließend wird das Problem von Sterbeverfügungen im Demenzfall an einem prominenten Beispiel skizziert.

Suizidwünsche im Alter und im Kontext demenzieller Erkrankungen

Alterssuizide sind keine ungewöhnliche Erscheinung, vielmehr begehen ältere Menschen überproportional viele Suizide. In Bezug auf die Gruppe der über 60-Jährigen schreiben Schmidtke et al.: »So beträgt der Anteil der Männer über 60 an der Gesamtbevölkerung 22,1 %, an den Suiziden aber 40,2 %, der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung 27,8 %, an den Suiziden sogar 49,3« (Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 6). Als auslösende Faktoren für Suizidhandlungen nennt Jagsch:

> »Partnerverluste, Konflikte in der Familie, Sinnverlust, unwürdige Behandlungen im Alter, Angst vor Abhängigkeit, Kontrollverlust, gesellschaftliche Ausgrenzung, Ausweglosigkeit und die Furcht, Angehörigen zur Last zu fallen.« (Jagsch 2022: 48)

Aus der Auflistung ist ersichtlich, dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen von diesen Faktoren besonders betroffen sind: Sie können weniger am sozialen Leben teilhaben, verlieren in einem großen Ausmaß die Kontrolle über zuvor ausgeübte Tätigkeiten, sehen sich einer ausweglosen Lage gegenüber und haben die mit Sicherheit nicht unbegründete Angst, Angehörigen zur Last zu fallen. Es ist in diesem Kontext vermutlich auch nicht verwunderlich, dass Suizidwünsche vermehrt zu Beginn einer demenziellen Erkrankung geäußert werden, wenn diese Befürchtungen den Betroffenen kognitiv noch eher zugänglich sind (vgl. ebd.: 49).

Es wäre daher zumindest im Kontext von demenziellen Erkrankungen zu fragen, ob Suizidwünsche, die sich aus konkreten Befürchtungen gegenüber einem zukünftigen Zustand begründen, ernst zu nehmen sind, wenn dieser sodann in dieser Form nicht eintritt. Das heißt, wenn etwa der Leidensdruck geringer ist als erwartet oder sich die Person sogar gut in die neue Situation einfügt. In einem zentralen Text zum Thema Alzheimer und Suizid, der sich mit vorbeugenden Suiziden befasst schreibt etwa Davis:

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

> »The interests in autonomy and independence that drove the competent person to execute the directive, may be quite meaningless to the incompetent person, whose interests may be in having a friendly staff, a cuddly pet or a favourite dessert.« (Davis 2014: 546)

Was hier Ausdruck findet, ist die Annahme, dass eine derart starke Veränderung der Persönlichkeit eintritt, dass vorherige Wünsche nicht weiter Anwendung finden – konträr zu dem eingangs zitierten Beispiel aus der Belletristik. In der philosophischen Debatte wird dies unter dem Stichwort der »transformativen Erfahrungen« diskutiert (vgl. Paul 2014; vgl. Ullmann-Margalit 2006). Im Rahmen dieses Beitrags wird jedoch auf eine tiefere philosophische Einbettung verzichtet und stattdessen auf einen konkreteren Einwand fokussiert.

Demenz und Selbstbindungen

Anders als im belletristischen Beispiel, in welchem Alice Howland eine Nachricht an sich selbst verfasst, beinhalten viele Selbstbindungen, die wir eingehen, die Aufforderung zur Hilfe von Dritten. So geben wir vielleicht unsere Autoschlüssel ab, um nicht betrunken zu fahren, oder bitten Freund*innen, uns bezüglich einer Tätigkeit so lange zu nerven, bis wir es tun. Manchmal planen wir Tätigkeiten mit Dritten, um unsere Selbstbindungen – mehr Sport! – auch einzuhalten.

Eine andere Form von Selbstbindungen stellen Vorausverfügungen, insbesondere Patient*innenverfügungen, dar. Mit diesen binden wir uns in einem Zustand, in welchem wir – zumeist vorübergehend – nicht entscheidungsfähig sind, an solche Entscheidungen, die wir im Vorfeld der aktualen Situation für richtig gehalten haben. Patient*innenverfügungen können dabei sehr weitreichend sein und zum Beispiel bestimmte medizinische Prozeduren, auch lebenserhaltende beziehungsweise Reanimationsmaßnahmen verbieten. Ein Problem in diesem Kontext ist die unzureichende Präzision in solchen Verfügungen. Ein Beispiel dafür findet sich in einer Case Study aus einem Hasting Report. Im Beispiel ist Mr. R. ein an HIV erkrankter Patient, dessen Patientenverfügung festlegt, dass unter keinen Umständen eine Intubation stattfinden dürfe:

> »Mr. R is in anaphylactic shock. Quickly ordering the four appropriate medications, Dr. D opens his mouth to ask for an endotracheal tube and respirator – and realizes he has a problem. Mr. R will die as his airway closes up if patency is not immediately ensured by placement of a tube. Indeed, in a case like this, placement often requires cutting the patient's throat to maintain the rapidly narrowing airway. Seconds, quite literally, count. The good news is that this is a time-limited condition. With immediate aggressive action, only a few hours or days of ventilator support should be necessary and there should be absolutely no long-term sequelae.« (Silverman/Dennis/Rouse/Smith 1992: 26)

Für Savulescu ist dies ein Beispiel dafür, dass ein Patient die Reichweite seiner Verfügung nicht verstanden hat. Es sei ihm vielmehr darum gegangen, eine andauernde künstliche

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Beatmung zu vermeiden, nicht eine kurzfristige, die aufgrund einer unvorhergesehenen Nebenwirkung notwendig wird (vgl. Savulescu 1994: 211). Vorausverfügungen sind, so lässt sich vielleicht kurz sagen, immer interpretationsbedürftig. Im Kontext von Verfügungen, die für Fälle eines irreversiblen Kompetenzverlustes verfasst werden, ergeben sich dabei noch einmal gesonderte Probleme.

In Bezug auf demenzielle Erkrankungen sieht daher etwa Hallich (2011) Patient*innenverfügungen dann als ungeeignetes Mittel, wenn sie ihre normative Kraft aufgrund einer vorhergehenden und jetzt nicht mehr gegebenen Kompetenz besitzen. Hallich befindet sich damit mitten in der sogenannten Dworkin-Dresser Debatte. In der Debatte wird der Fall von Margo diskutiert, welche ein glückliches Leben mit Demenz zu führen scheint, aber im Falle einer Pneunomie gemäß ihrer Verfügung nicht behandelt werden dürfte. Dworkin (1994) vertritt in seinem Buch *Life's Dominion* die Auffassung, dass vorherige Verfügungen einer kompetenten Person immer Vorzug gegenüber den aktualen Interessen dieser Person in einem nicht kompetenten Zustand haben sollten. Dresser (1995) hingegen argumentiert in ihrem Aufsatz *Dworkin on Dementia* dafür, den aktualen Interessen Vorrang zu geben.[5]

Das Argument bei Hallich läuft wie folgt: Paternalistische Handlungen sind dann erlaubt, wenn eine (antizipierte) spätere Zustimmung angenommen werden kann. Im klassischen Fall des Odysseus ist seine Bindung deswegen erlaubt, weil davon auszugehen ist, dass er nach dem Passieren der Sirenen, dieser zustimmen wird – auch wenn er in der Situation selbst nachdrücklich um seine Befreiung bittet. Dass Odysseus zuvor, eben bei klarem Verstand, darum gebeten habe, dass seine aktualen Interessen – losgebunden zu werden und zu den Sirenen zu gelangen – nicht berücksichtigt werden sollen, gibt uns lediglich gute Gründe davon auszugehen, dass er dieser Handlung später zustimmen wird (vgl. Hallich 2011: 165–167). Bei einem irreversiblen Kompetenzverlust ist eine solche (antizipierte) spätere Zustimmung jedoch kein probates Mittel:

> »Es müssten Gründe dafür vorgelegt werden, dass Personalität selbst normativ gehaltvoll ist und daher die Unterscheidung zwischen (personalen) *critical* und (nicht notwendig personalen) *experiential* interests nicht nur als rein deskriptive, sondern auch als normative Unterscheidung haltbar ist. Solange dies nicht geschehen ist, spricht nichts dafür, die *critical interests* den *experiential interests* überzuordnen.« (ebd.: 169)

Hallich wendet sich damit gegen die von Dworkin vorgenommene Hierarchisierung von verschiedenen Formen von Interessen. Seinem Einwand folgend ist also zu konstituieren, dass die Überordnung von kritischen respektive personalen Interessen sich nicht darin begründet, dass diese normativ gewichtiger sind. Ihr Gewicht erhalten sie nämlich tatsächlich dadurch, dass sie langfristigeren Interessen entsprechen, für welche wir kurzfristigere Wünsche oder Interessen zurückzustellen bereit sind. Während wir im betrunkenen Zustand wüten und behaupten noch fahrtüchtig zu sein, werden wir am

5 In den letzten 30 Jahren hat sich ein beinahe unübersichtlicher Literaturkorpus zu dieser Frage aufgebaut, der hier leider nicht in dem ihm gebührenden Umfang dargestellt werden kann.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

nächsten Morgen doch dankbar die Autoschlüssel bei einem Freund abholen und zustimmen, dass es besser war, dass er diese trotz Protesten einbehalten hat. Im Fall eines irreversiblen Kompetenzverlustes fehlt diese Differenz jedoch. Es gibt später keine Person, die ihrer zeitweisen Entmündigung zustimmen kann. Bleibt also eine Begründung dafür aus, dass personale Entscheidung normativ per se höher zu bewerten ist, müsste eine Priorisierung von Patient*innenverfügungen vor potenziellen aktualen Interessen anders begründet werden.

Bei kognitiven Beeinträchtigungen, die zu einem irreversiblen Kompetenzverlust führen, haben wir also eine besondere Problemlage. Anders als etwa bei episodischen Kompetenzverlusten, kann die Person nicht darüber befragt werden, ob ihr Wunsch noch fortbesteht. Die Verfügung erfüllt nicht die Aufgabe, die autonome Entscheidung über eine Phase der Inkompetenz in eine neue Phase der Kompetenz hinüberzuretten. Hierauf aufbauend werde ich im nächsten Abschnitt zwei sehr unterschiedliche Ansätze besprechen, wie Patient*innenverfügungen in diesem Kontext behandelt werden können.

Jenseits des Erlebens: Demenz als andauernde Drohung

Ein Beispiel für einen Fall, in welchem eine kommende Demenz vor allem als Bedrohung für die aktuale, kompetente Person verstanden wird, stammt aus einem recht persönlichen Beitrag Cantors (2018). Er argumentiert in diesem dafür, dass man gute Gründe habe, eine schwere demenzielle Erkrankung zu vermeiden, auch wenn man selbst nicht unter dieser leiden würde, etwa, weil einem selbst die kognitiven Fähigkeiten fehlen, eine Haltung zur eigenen Erkrankung einzunehmen. Das Leid, das uns selbst durch eine (potenzielle) spätere demenzielle Erkrankung zugefügt würde, träfe bereits die noch nicht demente Person, weil dadurch ihr Leben als Ganzes betroffen sei:

> »A person, by a lifetime of nurturing and developing a body, character, and relationships, has earned a prerogative to shape his or her life narrative – including the medical fate of a succeeding, incompetent persona. A person's determination to preserve the integrity of a life as a whole (and to shape the recollections of survivors) when threatened by prolonged dementia or other degenerative afflictions is well understood and respected.« (Cantor 2018: 22)

Die theoretische Voraussetzung, auf der Cantors Argument beruht, ist eine narrative Theorie des Selbst (vgl. z. B. Schechtmann 1996). Narrativist*innen gehen davon aus, dass wir unser Leben gestalten, wie wir eine Geschichte erzählen. Sinngebung erfolgt daher auch durch die Verbindung von einzelnen Teilen des Lebens zu einem Ganzen. Und besteht das Ende in einem sinnlosen und vermeidbaren Leiden, so verliert vielleicht das Leben als Ganzes an Sinn. Anders als in der Darstellung Hallichs würden hier also sehr wohl personale Interessen verletzt, allerdings keine späteren, sondern die aktualen der Person, welche eine solche Patient*innenverfügung erlässt. Ein zweiter zentraler Punkt von Cantors Kritik ist ein Ungleichgewicht zwischen Tun und Unterlassen, welches er als ungerechtfertigt betrachtet. Während es akzeptiert wäre, keine lebenserhaltenden Maß-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

nahmen zu beginnen oder solche sogar abzubrechen, wäre ein assistierter Suizid oder eine aktive Tötung kein gangbarer Weg. Die Frage, ob man eine schwere demenzielle Erkrankung durchmachen müsse oder nicht, dürfe aber wohl kaum davon abhängen, ob man an einer Lungenentzündung erkranke oder nicht (vgl. Cantor2018: 17).

Ähnlich dem Fall von Alice geht es darum, unabhängig davon, wie die Demenz sich für die betroffene Person in diesem Moment anfühlt, das Leben als Ganzes zu bewahren. Dies reagiert auch auf das Problem, den richtigen Zeitpunkt zu verpassen. Während Alice sich allerdings zur Sterbehelferin macht, mangelnde Unterstützung oder vielmehr offenen Widerstand ihres Umfeldes antizipierend, plädiert Cantor für institutionelle Regelungen und Zugänge.

Cantors Argument hat sicher prima facie eine hohe Überzeugungskraft. Inwiefern eine Implementation in der Praxis jedoch gelingen kann, ist allerdings fraglich. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Textes (Frühjahr 2023) werden auch außerhalb der Fachöffentlichkeit Fälle aus Kanada diskutiert, in welchen Menschen mit noch geringen physischen und kognitiven Einschränkungen ein assistierter Suizid anstatt von (kostenaufwendigen) Behandlungen nahegelegt wurde (vgl. Cheng 2022). In der Fachdebatte selbst ist ein älterer Fall aus den Niederlanden prominent, welcher hier kurz skizziert wird. Es handelt sich um eine 75-jährige Frau – der Name ist pseudonymisiert – welche fünf Jahre vor den unten geschilderten Ereignissen eine Euthanasieverfügung erlassen und diese ein Jahr zuvor aktualisiert hatte. Die Verfügung wurde vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen mit schweren Demenzerkrankungen im familiären Umfeld verfasst und sollte das Durchleben einer solchen verhindern. Der Fall weist verschiedene Probleme auf, von denen nur zwei an dieser Stelle besprochen werden sollen.

Zur Darstellung hier ein Auszug aus einer Fallbesprechung von Wijsbek und Nys:

> »Mrs. Cornel was not aware of, nor had she any insight into, her illness. She did not recognize herself in the mirror. She did, however, recognize her husband when he visited her, but she also recognized him in other visitors, in male coresidents, and occasionally even in some female ones. At night, she roamed the corridors, desperately banging on doors in search of her husband. The scenes when he left after his daily visit were heartbreaking. She was lost in the institution, could not always find the toilet, and would then defecate on the floor in other inpatients' rooms. If she was found out, she scurried away, confused and ashamed. She could no longer dress or take care of herself and confused her mascara with toothpaste. She would tell the nursing staff that she wanted to die, on average, twenty times a day, and once suggested that it would be better if they were to hang her in a doorway, afterwards observing that it was too low. But when Arends asked her if she should help her die, Mrs. Cornel looked at her bewildered and said that this would be going too far. All in all, Arends asked her that question three times, and not once did Mrs. Cornel answer in the affirmative. […] On the morning of the euthanasia, Arends surreptitiously slipped a sedative in Mrs. Cornel's coffee to stop her from panicking or resisting. She had not told her that the euthanasia would take place that morning, nor had she sought her consent.« (Wijsbek/Nys 2022: 25f.)[6]

6 Für eine weitere relevante Diskussion siehe Miller/Desser/Kim 2019.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Zwei Aspekte in diesem Auszug dürften besonders irritierend sein: Zum einen, dass Mrs. Cornel wiederholt einen Todeswunsch äußerte, sogar bis zu 20-mal am Tag, zugleich aber eine Tötung auf Verlangen bei drei Gelegenheiten explizit ablehnte. Weiterhin, dass die beteiligte Ärztin ihre Patientin nicht darüber informierte, dass sie eine Sterbehilfe einleitete und somit auch keine Möglichkeit zum Widerspruch gab – obwohl dieser im Vorfeld mehrfach geäußert wurde. Unbestreitbar ist sicherlich, dass Mrs. Cornel ihr Leben nicht mehr als ein gutes empfand. Ihr Alltag war geprägt von Desorientierung und Angst, was sie, wie ihr immer wieder geäußerter Todeswunsch nahelegt, auch wahrzunehmen schien. Auf der anderen Seite, so auch die Interpretation von Wijsbek und Nys, verfügte sie nicht mehr über bestimmte Kompetenzen, die eigentlich Voraussetzung zur Leistung der aktiven Sterbehilfe sind. Ob sie etwa zu einem assistierten Suizid in der Lage gewesen wäre, ist fraglich. Dass sie ganz ohne ihr Wissen schlussendlich getötet wurde, ist zumindest intuitiv irritierend. Hinzu kommt, dass unklar ist, um welche Handlung es sich hier überhaupt handelt. Im Konflikt stehen die Verordnung, tägliche Äußerungen und eine explizite Ablehnung einer ärztlichen Sterbebegleitung. Insbesondere die Ambiguität in Bezug auf den Sterbewunsch macht es schwierig, hier eine Entscheidung über die bestehenden aktualen Interessen zu fällen. Zugleich aber findet sich mit dem Vorliegen der Verfügung ein guter Grund, denn diese wurde genau für den Zustand erlassen, in welchem sich Mrs. Cornel zu diesem Zeitpunkt befand. Und, so lässt sich voraussichtlich ebenfalls konstatieren, der Zustand der Demenz ist dergestalt, wie er befürchtet wurde. Anders als bei Menschen, deren demenzielle Erkrankungen deutlich positiver verlaufen als erwartet, gibt es also gute Gründe anzunehmen, dass hier keinesfalls eine transformative Erfahrung stattgefunden hat und Mrs. Cornels Interessen sich der neuen Situation angepasst haben (vgl. ebd.: 28).

Anders als Alice kann Mrs. Cornel allerdings nicht mehr als Sterbehelferin in eigener Sachen auftreten beziehungsweise kann dies nur mittelbar tun, nämlich insofern, als dass eine Verfügung vorliegt. Aufgrund dessen, wie Mrs. Cornel ihre Demenz erlebt, wie sie leidet, und des Umstandes, dass sie immer wieder Todeswünsche äußert, lässt sich aber wohl die Intuition begründen, dass es auch in ihrem aktuellen Interesse ist, ein tödliches Mittel zu bekommen. Selbst, wenn sie nicht mehr in der Lage ist zu verstehen, dass sie dieses gerade einnimmt.

Wie aber sähe die Bewertung aus, wenn Mrs. Cornel zwar keine glückliche demente Person wäre – wie in dem Margo-Beispiel von Dworkin – aber ein weniger gravierend schlechtes Leben in ihrem Pflegeheim führen würde? Wenn sie zwar oft ihren Gatten vermisste und Scham empfände, weil sie den Weg zur Toilette nicht findet, zugleich aber gut in die Gemeinschaft der Einrichtung eingebunden wäre, wenn sie zwar sporadisch Todeswünsche äußerte, jedoch auch offensichtliche Freude an bestimmten Aktivitäten empfände? In Fällen wie diesen sind unsere Intuitionen voraussichtlich weniger zuverlässig.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Fazit und Ausblick

Will man Formen der Sterbehilfe für Menschen mit demenziellen Erkrankungen nicht grundsätzlich ausschließen, müssen die in diesem Beitrag beschrieben Probleme gelöst werden. Suizidassistenz im Frühstadium einer Demenz bringt das Problem des institutionalisierten Missbrauchs mit sich, wenn etwa Patient*innen ein solcher nahegelegt wird, um Pflegekosten zu sparen. Eine Suizidassistenz zu einem späteren Zeitpunkt hingegen ist oftmals nicht mehr möglich, weil die Patient*innen nicht mehr in der Lage sind, den Suizid eigenständig durchzuführen oder zumindest, wie auch im Falle des oben genannten Beispiels, nicht mehr in der Lage sind, zuzustimmen. Das hieße, selbst wenn sie motorisch noch in der Lage sind, das entsprechende Mittel oral einzunehmen, ist zumindest nicht mehr eindeutig feststellbar, dass ihnen in dem Moment bewusst ist, dass sie sich suizidieren. Auf der anderen Seite steht eine Position wie die von Norman Cantor, welche auch ernsthafte Berücksichtigung verdient: Die Aussicht auf ein elendiges Lebensende, welches auch noch nachhaltig die Erinnerung der Hinterbliebenen prägt, kann ein Leben schon lange vor dem Eintritt der Erkrankung beeinflussen und deutlich schlechter machen, als es sein müsste.

Wie eingangs bereits festgestellt, können an dieser Stelle keine konkreten Lösungsvorschläge gemacht werden. Der Verweis auf eine Enttabuisierung scheint zu trivial, bietet aber vielleicht zumindest einen Ausgangspunkt: Das Wissen darum, welche Ängste mit einer demenziellen Erkrankung einhergehen, ermöglicht es Angehörigen in größerem Maße einzuschätzen, ob sich die Wünsche der Patient*innen gewandelt haben – oder die Befürchtungen eingetreten sind.

Was in diesem Beitrag gezeigt werden konnte, ist, dass Verfügungen, die für den Fall eines irreversiblen Kompetenzverlustes erlassen werden, anderen Bedingungen unterliegen als solche, die für den Fall eines reversiblen Kompetenzverlustes erlassen werden. Besonders erschwerend ist in diesem Kontext, dass die Erfahrung einer demenziellen Erkrankung das Erleben einer Person in einem solch umfänglichen Maße verändert, dass Prognosen in Bezug auf das zukünftige Wohlergehen besonders schwer zu tätigen sind. Zugleich ist es allerdings auch schwierig, die Personen auf ihr Wohlergehen hin zu befragen.

Wenngleich dieser Beitrag auch keine konkreten Lösungsvorschläge machen kann, so hoffe ich doch, dass ich zum Verständnis der unterliegenden Problematik beitragen konnte. Schlussendlich wird die Frage, welche Reichweite Sterbeverfügungen, insbesondere Euthanasieverfügungen, haben sollten, Einzelabwägungen bleiben, die von Betreuenden und Angehörigen getroffen werden müssen. Lediglich auf die vorherige Autonomie zu verweisen, ist allerdings zu wenig.

Literatur

Bundesverfassungsgericht: Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15 (2020).

Cantor, Norman L.: »On Avoiding Deep Dementia«, in: Hastings Center Report 48(4) (2018), S. 15–24.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Cheng, Maria: »›Disturbing‹: Experts troubled by Canada's euthanasia laws.«, in: AP News vom 11.08.2022, Onlineausgabe: https://apnews.com/article/covid-science-health-toronto-7c631558a457188d2bd2b5cfd360a867.

Davis, Diane S.: »Alzheimer disease and pre-emptive suicide«, in: Journal of Medical Ethics 40(8) (2014), S. 543–549.

Dresser, Rebecca: »Dworkin on Dementia: Elegant Theory, Questionable Policy«, in: Hastings Center Report 25(6) (1995), S. 32–38.

Dworkin, Ronald: Life's Dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom, New York: Vintage Books 1994.

Genova, Lisa: Still Alice, New York: Gallery Books 2019.

Hallich, Oliver: »Selbstbindungen und medizinischer Paternalismus«, in: Zeitschrift für Philosophische Forschung 65(3) (2011), S. 151–172.

Jagsch, Christian: »Alterssuizid und seine Grundlagen«, in: Angelika Feichtner/Ulrich Körtner/Rudolf Likar/Herbert Watzke/Dietmar Weixler (Hg.), Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen, Berlin: Springer 2022, S. 47–51.

Miller, David Gibbes/Dresser, Rebecca/Kim, Scott Y. H.: »Advance Euthanasia Directives: A Controversial Case and Its Ethical Implications«, in: Journal for Medical Ethics 45(2) (2019), S. 84–89.

Mroz, S./Dierickx, S./Deliens, L./Cohen, J./Chambaere, K.: »Assisted dying around the world: a status quaestionis«, in: Annals of Palliative Medicine10(3) (2021), S. 3540–3553, http://dx.doi.org/10.2103.

Paul, Laurie A.: Transformative Experience, Oxford: Oxford University Press 2014.

Savulescu, Julian: »Rational Desires and the Limitation of Life-Sustaining Treatment«, in: Bioethics 8(3) (1994), S. 191–222.

Schechtmann, Marya: The Constitution of Selves, Ithaca and London: Cornell University Press 1996.

Schmidtke, Armin/Sell, Roxanne/Löhr, Cordula: »Epidemiologie von Suizidalität im Alter«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (2008), S. 3–13.

Silverman, Lewis M./Dennis, Manette/Rouse, Fenella/Smith, David A.: »Whether No Means No«, in: The Hastings Report 22(3) (1992), S. 26–27.

Ullmann-Margalit, Edna: »Big Decisions: Opting, Converting, Drifting«, in: Royal Institute of Philosophy Supplements 68 (2006), S. 157–172.

Wijsbek, Henri/Nys, Thomas: »On the Authority of Advance Euthanasia Directives for People with Severe Dementia. Reflections on a Dutch Case«, in: Hastings Center Report 52(5) (2022), S. 24–31.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-013 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY