

MARKUS ZIMMERMANN-ACKLIN

Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid

Zusammenfassung

Über die Beihilfe zum Suizid wird seit Jahren ethisch umstritten diskutiert. Neu ist der Einbezug konkreter Erfahrungen u. a. aus Oregon und der Schweiz. Fragen, die sich aus theologisch-ethischer Sicht stellen, betreffen die Lebensverfügung, die ärztliche Begleitung und mögliche Folgen einer etablierten Beihilfepraxis. Da bezüglich der Selbsttötung moralische und medizinische Vorbehalte bestehen, ist auch die Beihilfe skeptisch zu beurteilen. Liberale Regelungen stehen vor dem Problem, den Lebensschutz zu sichern, gleichzeitig aber nicht Aufgaben an Ärzte zu delegieren, die außerhalb deren Kompetenz liegen. Anstelle einer Etablierung der Beihilfe werden die Stärkung der Palliative Care und die Reintegration negativ bewerteter Eigenschaften wie Altern, Abhängigkeit von Anderen und Leiden als den Menschen kennzeichnende Merkmale vorgeschlagen.

Abstract/Summary

The practice of assisted suicide has been a subject of ongoing controversy for years. However, experiences from, for example, Oregon and Switzerland have introduced a new element into the debate. Questions which arise from the perspective of theological ethics include issues related to suicide in general, physicians' care of the dying, and possible social consequences of an established practice of physician-assisted suicide. Because of reservations regarding suicide itself, assistance must also be judged with scepticism. Liberal regulations are faced with the problem of simultaneously securing the protection of life and preventing the delegation of non-medical tasks to physicians. Alternatives to the establishment of assisted suicide are both the promotion of palliative care and a change in attitude to typical experiences of human life currently viewed as negative such as aging, dependence on others, or suffering.

Schlüsselwörter

Beihilfe zum Suizid; Suizid; Entscheidungen am Lebensende; Sterbehilfe; Palliative Care.

Keywords

assisted suicide; suicide; end-of-life decisions; euthanasia; palliative care.

Die ethischen Diskussionen um die ärztliche Beihilfe zum Suizid sind seit einigen Jahren in eine neue Phase getreten. Symptomatisch für die neueren Zugänge sind Beiträge, die kürzlich im »American Journal of Bioethics« erschienen sind: Anstoß zur Auseinandersetzung bot die Volksabstimmung über eine rechtliche Regelung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid im US-Bundesstaat Washington, die im November 2008 von 57,9 Prozent der Wahlberechtigten angenommen wurde, inhaltlich geht es um Erfahrungen, die seit der Einführung des »Death With Dignity Act« im Jahr 1997 im Nachbarstaat Oregon mit der ärztlichen Suizidbeihilfe gemacht wurden.¹ Musste noch vor einigen Jahren über mögliche Auswirkungen einer etablierten Praxis der Beihilfe gemutmaßt werden, stehen heute konkrete Erfahrungen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Neben den Vorgängen in Oregon werden Erfahrungen aus der Schweiz, Belgien und den Niederlanden beobachtet und evaluiert. Signifikant für die neue Diskussionsphase sind Überlegungen, welche die Einführung und institutionelle Stärkung der Palliative Care nicht mehr bloß als Alternative, sondern als komplementäres Angebot zur Praxis der Beihilfe verstehen.²

Trotz dieser Veränderungen sind die ethisch relevanten Fragen dieselben geblieben. Ausgangspunkt ist die Angst vor einem »fabrikmäßigen Sterben«, wie es Rainer Maria Rilke mit Blick auf die Kranken im Pariser Hôtel Dieu vor einhundert Jahren formuliert hatte.³ Heute werden ähnliche Erfahrungen oder Befürchtungen mit den Begriffen Bevormundung, Entfremdung, Abhängigkeit und soziale Isolation im Sterben beschrieben, welchen das Modell eines selbstbestimmten Sterbens als Ideal entgegen gesetzt wird. Ethisch geht es bei der ärztlichen Beihilfe zum Suizid um drei Themen, die im Folgenden aufgegriffen werden: Die Verfügung über das eigene Leben und die Beurteilung des Suizids, die fragliche Handlung der Beihilfe, meist durch einen Arzt oder eine Ärztin, schließlich die gesellschaftlichen Auswirkungen einer rechtlich geregelten Praxis. Dabei sind *Pflichten* gegenüber sich selbst, den Nächsten und der Gesellschaft, aber auch *Folgenüberlegungen* zu berücksichtigen. Normative – Verbote, Gebote, Erlaubnisse betreffende – und evaluative (Wert-)Urteile bzw. Vorstellungen von einem gelungenen menschlichen Leben und Sterben sind zwar getrennt voneinander zu behandeln, um »normative Fehlschlüsse« bzw. ideologische Vereinnahmungen zu vermeiden. Da Vorstellungen vom Gerechten und Guten jedoch miteinander verknüpft sind, sich gegenseitig auslegen und letztlich keine Ethik ohne evaluative Hintergrundannahmen auskommt, sollte auch deren Bezogenheit aufeinander im Sinne einer integrativen Bereichsethik ernst genommen werden. Eine theologische Ethik, wie sie hier vertreten wird, nimmt häufig implizit, seltener explizit Bezug auf christlich geprägte Überzeugungen, orientiert sich an einem christlichen Menschenbild und vollzieht die ethische Reflexion im Sinnhorizont des christlichen Glaubens.

1. Historische und gegenwärtige Kontexte

Historisch gesehen wird die Etablierung der Beihilfe zum Suizid und der aktiven Sterbehilfe nicht zum ersten Mal gefordert. Gemeinsamkeiten der heutigen mit früheren gesellschaftlichen Kontexten, in welchen beispielsweise in der Romantik oder zu Beginn des 20. Jahrhunderts ähnliche Anliegen vertreten wurden, liegen in der Infragestellung der ärztlichen Autorität, der Kritik an sozialstaatlichen Einrichtungen und dem großen

Interesse an der Schmerzbekämpfung.⁴ Spezifisch an den aktuellen Debatten ist die Konzentration auf die Beihilfe zum Suizid, während das Interesse an der Tötung auf Verlangen oder der Tötung im mutmaßlichen Interesse der Betroffenen – z.B. von schwerstbehinderten Neugeborenen und Komatösen – eher in den Hintergrund getreten ist.⁵ Dafür liegen zwei Erklärungen nahe: Zum einen orientieren sich die stark rechtlich geprägten Debatten pragmatisch an dem, was politisch umsetzbar ist. Zum andern kommt auf diese Weise die starke Betonung der Autonomie zum Ausdruck, welche die gegenwärtigen Debatten wie ein roter Faden durchzieht; im Unterschied zur Lebensbeendigung durch einen Arzt bestärkt die Selbsttötung als Ausdruckshandlung die Idee des freiheitlichen Selbst, das Todesart und -zeitpunkt gemäß eigener Vorstellungen bestimmt. Damit rücken heute zwei traditionell eher getrennt geführte Debatten enger zusammen, nämlich diejenige über die Verkürzung einer als belastend empfundenen Sterbephase (Sterbehilfe im engeren Sinn, englisch: »hastening death«) und die Idee der grundsätzlichen Verfügbarkeit des eigenen Lebens und damit die Suizidthematik. Nicht erstaunlich ist, dass die »Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung« in jüngeren Stellungnahmen zur Regelung der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz nicht mehr ausschließlich die Etablierung der Palliative Care, sondern ebenso die Umsetzung einer rechtlich geregelten Suizidprävention fordert.

Darüber hinaus entsteht heute offenbar die Vorstellung einer biographisch abgrenzbaren Sterbephase, eine »Entdeckung des Sterbens«, wie die Soziologin Ursula Streck-eisen in Analogie zu der von Philipp Ariès beschriebenen »Entdeckung der Kindheit« im 17./18. Jahrhundert bemerkt hat.⁶ Dieser »neue« Lebensabschnitt ist geprägt von Abhängigkeit, Autonomieverlust, Pflegebedürftigkeit, Depressivität, Schmerzen und Leiden und wird entsprechend negativ bewertet. Obgleich beispielsweise mit Hilfe des Anti-Aging alles unternommen wird, diese Phase möglichst weit hinauszuschieben, lässt sie sich nicht vollständig verhindern, was sich aufgrund der zunehmenden Konfrontation mit demenziellen Störungen bei älteren Menschen kaum verdrängen lässt.⁷ Es entstehen Institutionen und Berufe von Sterbeexpertinnen und -experten, die sich speziell um Menschen in dieser Phase kümmern. Das Sterben wird, um es mit Reimer Gronemeyer zugespitzt zu formulieren, institutionalisiert, organisiert, ökonomisiert, und auf diese Weise biographisch exkludiert.⁸ Entsprechend häufig wird die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz nicht *in* der, sondern *vor* dem Einsetzen der Sterbephase durchgeführt, z.B. anlässlich einer Einweisung ins Pflegeheim oder der Mitteilung einer schlimmen Diagnose.⁹ Ethisch von Bedeutung ist zudem die Beobachtung, dass das Modell eines selbstbestimmten Sterbens gesellschaftliche Normvorstellungen von einem guten Sterben und damit neue Zwänge mit sich bringt, die für viele Menschen aufgrund ihrer Lebenssituation und Abhängigkeiten, in denen sie sich beispielsweise als Kinder, Menschen mit schweren Behinderungen oder demenziellen Störungen befinden, unerreichbar bleiben.

2. Verfügung über das eigene Leben?

Die jüngeren Debatten um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz zeigen, dass ein moralisches Recht auf die Verfügung über das eigene Leben speziell in ausweglosen Lebenssituationen gesellschaftlich kaum in Frage gestellt wird. Diese Feststellung gilt nicht nur für die meisten Parlamentarierinnen und Parlamentarier, sondern gemäß einer Umfrage

der Zeitschrift »reformiert« von 2008 auch für eine Mehrheit der Reformierten und Katholiken in der Schweiz insgesamt.¹⁰ Das Schweizer Bundesgericht hat zudem in einer Entscheidung von 2006 das Recht auf Suizid (jedoch nicht auf eine entsprechende Beihilfe) auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen festgehalten.¹¹ Offenbar finden im Kontext dieser Fragestellungen heute weder die moralische Verurteilung des Suizids, wie sie im »Katechismus der Katholischen Kirche« (Nr. 2280–2283) vertreten wird, noch die Infragestellung der Handlungsfreiheit eines Suizidenten, wie sie in den vergangenen Jahrzehnten als Krankheitsthese meist psychiatrisch begründet wurde, ein Echo. Eine ähnliche Einstellung zum grundlegenden Recht auf die Lebensverfügung bzw. den Suizid spiegelt sich in ethischen Fachdiskussionen, Stellungnahmen der »Nationalen Ethikkommission für den Bereich der Humanmedizin (NEK)« und im ärztlichen Standesrecht, den medizinisch-ethischen Richtlinien der »Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)«.¹² Anders beurteilt dies die Schweizerische Bischofskonferenz: Wer das Leben und die Menschenwürde achte, könne die Selbsttötung weder billigen noch fördern. Die organisierte Suizidbeihilfe widerspreche nicht nur dem christlichen Menschenbild, sondern auch dem Menschenbild der Schweizer Bundesverfassung und müsse daher strafrechtlich verboten werden. Zudem entspringe ein Suizidwunsch selten einem freien Willensentscheid, sondern sei praktisch immer vom Druck der Umstände erzwungen.¹³ Etwas offener heißt es in einem gemeinsamen Hirtenwort der Bischöfe von Freiburg i. Br., Strasbourg und Basel: »Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände geben, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidversuch seines Patienten nicht im Wege stehen soll. Die öffentliche Propagierung und aktive Beteiligung an der Durchführung der Selbsttötung eines Patienten widerspricht jedoch dem ärztlichen Auftrag, im Zweifel an der Seite des Lebens zu stehen.«¹⁴

Aus ethischer Sicht sind zwei Fragen zu stellen: Wo liegen angesichts der Heiligkeit menschlichen Lebens bzw. der zu achtenden Menschenwürde die Grenzen der Lebensverfügung, wie weit reicht die menschliche Autonomie? Und: Wie frei ist eine Entscheidung zur Selbsttötung tatsächlich, wie relevant sind psychiatrische Erklärungsmodelle, insbesondere die Bedeutung von Depressionen bei der Entstehung eines Sterbewunsches?

2.1 *Wie weit reicht die Autonomie?*

Die traditionellen, im Katechismus der Katholischen Kirche erwähnten, von Thomas von Aquin zusammengefassten, u. a. auf Aristoteles und Augustinus zurückgehenden, von David Hume im Unterschied zu Immanuel Kant im 18. Jahrhundert erstmals in aller Deutlichkeit abgelehnten Argumente zur ethischen Begründung des Suizidverbots beinhalten einen psychologischen, sozialen und religiösen Einwand. So verstoße die Selbsttötung gegen die gebotene Selbstliebe, gegen die Gesellschaft und, mit Hinweis auf Dtn 32,39, gegen das allein Gott vorbehaltene Verfügungsrecht über das menschliche Leben: »Sich selbst zu töten ist ganz und gar unerlaubt. [...] Erstens liebt jedes Wesen von Natur aus sich selbst [...]. Dass also einer sich selbst das Leben nimmt, ist gegen den Naturtrieb (*inclinacionem naturalem*) und gegen die Liebe (*contra caritatem*), mit der jeder sich selbst lieben muss. [...] Zweitens, weil jeder Teil mit allem, was er ist, dem

Ganzen gehört. Jeder Mensch aber ist Teil der Gemeinschaft; deshalb gehört er mit dem, was er ist, der Gemeinschaft. Wenn er sich also selbst das Leben nimmt, fügt er der Gemeinschaft ein Unrecht zu [...]. Drittens, das Leben ist ein dem Menschen von Gott gewordenen Geschenk und der Gewalt dessen unterworfen, ›der tötet und lebendig macht‹. Wer sich daher selbst das Leben nimmt, sündigt gegen Gott [...].¹⁵

Der *individualethische* Hinweis auf den Widerspruch einer Selbsttötung gegen die natürliche Neigung zur Selbstliebe bzw. zum Weiterleben-Wollen verliert mit der Todesnähe an Überzeugungskraft, da sich die Zukunftsperspektive angesichts des nahenden Todes massiv einschränkt und der Widerstand gegen das Sterben im besten Fall von der Einwilligung bzw. Ergebung in das Lebensende abgelöst wird. Auch das bereits von Platon vertretene *sozialethische* Argument, der Suizid füge der Gemeinschaft ein Unrecht zu, vermag angesichts des Sterbens wenig zu überzeugen, da die gesamte Situation vom endgültigen Abschied gekennzeichnet ist. Der *theologische* Hinweis auf die Souveränität Gottes über Leben und Tod, dessen Bedeutung von Johannes Paul II. in der Enzyklika »Evangelium vitae« von 1995 wieder unterstrichen wurde, wird als normative Denkfigur mit Hinweis auf das zugrunde gelegte Gottesbild kritisiert: Bruno Schüller konnte zeigen, dass hier, insofern vom Schöpfer in univoker statt analoger Weise – nämlich wie von einem staatlichen Machthaber – die Rede ist, die Rechte Gottes und die der Menschen in ein Konkurrenzverhältnis zueinander geraten. Dieser Vergleich wird jedoch weder der Stellung Gottes noch derjenigen der Menschen gerecht.¹⁶

Beim Entschluss zu einem Suizid *außerhalb* der eigentlichen Sterbephase weist das erste Argument dagegen indirekt darauf hin, dass Suizidwünsche häufig zugrunde liegende psychische Erkrankungen als solche zu erkunden und zu behandeln sind. Das zweite, sozialethische Argument macht darauf aufmerksam, dass ein Suizid selten eine isolierte Handlung darstellt, die einzig den Betroffenen selbst angeht, sondern über diesen hinaus auch dessen persönliches Umfeld betrifft und dort nicht selten Verwirrung und Schuldgefühle auslöst; kommt ein Entschluss zur Selbsttötung dagegen aufgrund von Vereinsamung und Isolation eines Menschen zustande (in der Thanatsoziologie ist vom »sozialen Tod« die Rede, der dem biologischen Tod manchmal vorausgeht), wäre nach der fürsorglichen Verantwortung anderer Menschen zu fragen, dieser Isolation entgegenzuwirken. Die religiöse Dimension schließlich betont positiv, dass wir Gott das Leben verdanken und darum sorgsam damit umgehen sollten. Eberhard Schockenhoff betont zu Recht den tugendethischen Charakter der Einsicht, aus dem heraus keine normative Aussage abgeleitet werden könne: »Der Satz ›Halte dein Leben dankbar in Ehren, denn es ist dir von Gott geliehen‹, gehört in den Bereich der Tugendethik und der ethischen Paränese, aber nicht in den einer normativen Ethik im engeren Sinn. Diese auch von christlichen Ethikern häufig vernachlässigte Unterscheidung erinnert daran, dass sich aus der Rede von der ›Leihgabe‹ des Lebens noch keine unmittelbaren Konsequenzen für die Erkenntnis des ethisch Richtigen im Bereich des Lebensschutzes ableiten lassen.«¹⁷ Mit Hinweis auf die grundsätzliche Verdanktheit des Lebens lässt sich aus Sicht eines christlichen Menschenbildes darum kein rigoroses Suizidverbot begründen, wohl aber ein grundsätzlicher Vorbehalt gegenüber irreversiblen Handlungen der Lebensverfügung. Entsprechend begründet das Prinzip der Achtung der menschlichen Würde in christlicher Tradition – in Anknüpfung an die biblische Rede von der Gottebenbildlichkeit des Menschen – sowohl einen weitreichenden Lebensschutz als auch die menschliche Autonomie und Freiheit.

2.2 Suizidalität – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit?

Wie frei eine Entscheidung zur Beendigung des eigenen Lebens tatsächlich ist bzw. wie weit psychiatrische Erklärungsmodelle reichen, wird seit Jahrzehnten umstritten diskutiert, jüngst wieder in zwei philosophischen Monographien von Dagmar Fenner und Matthias Bormuth.¹⁸

Unabhängig von der moralischen Einschätzung ist der Suizid eine Möglichkeit menschlicher Freiheit, wenn auch eine außerordentlich radikale und unwiderrufliche. Die Ergebnisse der jahrelangen Forschungsbemühungen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass Suizide häufig, aber nicht immer auf psychische Krankheiten zurückzuführen sind. Ein so genannter Bilanzsuizid oder philosophischer Suizid ist grundsätzlich möglich, wobei es in concreto schwierig und ohne psychiatrisches Fachwissen wohl unmöglich ist, die Motive eines suizidwilligen Menschen zu klären. Der Entscheid, das eigene Leben zu beenden, kann sowohl Symptom einer psychischen Erkrankung als auch – selbst bei psychisch kranken Menschen – ein Freiheitsentscheid sein, der unter Umständen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung entstanden ist.¹⁹

In der Praxis der Beihilfe zum Suizid dürften die Beweggründe der Sterbewilligen selten eindeutig sein, vielmehr ist hier – besonders angesichts des nahenden Todes – mit Übergängen bzw. Ambivalenzen zwischen Depressionen und Ängsten einerseits und bewussten bzw. dauerhaften Entscheidungen andererseits zu rechnen. Die Erfahrungen aus Oregon helfen nur bedingt weiter, da sie kaum repräsentative Aussagen zulassen. Zwischen 1997 und 2007 haben in Oregon insgesamt 570 Patientinnen und Patienten in ihren letzten Lebensmonaten das Rezept für ein todbringendes Mittel erhalten, wovon annähernd 340 Personen das Mittel auch tatsächlich eingesetzt haben (zwischen 16 und 46 Personen jährlich, die Entwicklung ist unregelmäßig, insgesamt leicht steigend).²⁰ Eine Untersuchung der Bedeutung von Depressionen und Ängsten bei suizidwilligen Patienten unter der Beteiligung von 58 vornehmlich an Krebs im Endstadium und amyotropher Lateralsklerose erkrankter Patienten, welche ihren Arzt um Beihilfe baten oder sich an eine Sterbehilfeorganisation gewandt hatten, hat ergeben, dass ca. ein Viertel der Beteiligten unter Depressionen oder Ängsten litt. Von den 18 Patienten, die schließlich das todbringende Mittel erhielten, waren drei von klinischen Depressionen betroffen, wobei alle drei infolge der Einnahme der Mittel starben, eine Person jedoch noch vor ihrem Tod erfolgreich gegen ihre Depression behandelt werden konnte. Insgesamt entschieden sich neun der 58 Betroffenen, durch Suizid aus dem Leben zu scheiden.²¹ Über die allgemeine Bedeutung von Depressivität und Ängsten bei Menschen, die um Beihilfe zum Suizid bitten, lassen sich aus diesen Ergebnissen keine relevanten Rückschlüsse ziehen. Offensichtlich aber hat sich die befürchtete Zunahme der Beihilfe-Praxis in Oregon in Grenzen gehalten und waren vulnerable Gruppen wie materiell Arme oder Patienten ohne Krankenversicherung bislang kaum involviert. Die Patienten, die den assistierten Suizid wählten, waren vielmehr überdurchschnittlich jung und gebildet, palliativ gut versorgt und finanziell abgesichert, litten jedoch stark unter dem Autonomieverlust und dem Gefühl, anderen zur Last zu fallen.²²

In der Schweiz ist die Praxis auch aufgrund der in den letzten Jahren starken Zunahme der Beihilfe für Sterbewillige, die aus dem Ausland anreisen, quantitativ mit ca. 400 Fällen im Jahr (bei steigender Tendenz) bedeutend größer als in Oregon.²³ Zudem ist in der Schweiz das bevorstehende Lebensende – im Unterschied zu Oregon – keine

rechtlich verankerte Bedingung, wenngleich es in den erwähnten medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW unter den Minimalforderungen genannt wird, die in Einzelfällen, in welchen sich ein Arzt aufgrund eines Gewissensentscheids zu einer Beihilfe entschlossen hat, einzuhalten sind. Zunehmend wird die Suizidbeihilfe bei nicht-fatalen Erkrankungen und damit außerhalb der Sterbephase durchgeführt; in der Stadt Zürich waren zwischen 2001 und 2004 in der Begleitung durch »EXIT Deutsche Schweiz« immerhin gut ein Drittel aller Begleitungen davon betroffen, nämlich 44 von 129 Sterbende.²⁴ Unbestritten ist, dass bei Fällen von Beihilfe zum Suizid von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein psychiatrisches Fachgutachten erforderlich ist, Uneinigkeit herrscht hingegen darüber, was in einem solchen Gutachten geprüft werden müsse. Während einige (v. a. juristische und philosophische) Experten der Meinung sind, es dürfe dabei allein um die Feststellung der Entscheidungs- und Tatfreiheit des Suizidwilligen gehen, um subjektiv-wertbezogene Stellungnahmen zu verhindern, betonen insbesondere Psychiater die Notwendigkeit einer umfassenderen Abklärung; auch M. Bormuth hält den Einbezug lebensweltlicher Bezüge der Suizidalität für unumgänglich, soll der Suizidwillige nicht sich selbst und seinen Stimmungen überlassen werden.²⁵ Ob eine solche Abklärung überhaupt möglich ist, wird in Fachkreisen unterschiedlich beurteilt. Der Vorstand der »Schweizerischen Gesellschaft für Forensische Psychiatrie« hat in einer Stellungnahme zum erwähnten Bundesgerichtsurteil betont, dass in einem psychiatrischen Fachgutachten neben der Urteilsfähigkeit eine umfassende psychiatrische Abklärung inklusive der Feststellung, dass der Sterbewunsch wohlwogen, dauerhaft und unabhängig von der Beeinflussung Dritter ist, unabdingbar sei, was eine längere psychiatrische Beobachtung und entsprechendes Fachwissen voraussetze, also nicht nach einer Konsultation beantwortet werden könne.²⁶

Eine kanadische Studie, die sich mit der Erkundung der Motive Sterbewilliger befasst, zeigt, dass die Angst vor dem Verlust der körperlichen Integrität (der Körperidentität) verbunden mit der Erfahrung, zusehends aus dem gemeinschaftlichen Leben herauszufallen, zu einer Gefährdung des Selbsterlebens führen kann.²⁷ In diesem Sinne forderte ein sterbewilliger Patient: »I think we should all be allowed to die with our dignity intact«, wobei er sich des Würde-Begriffs bediente, um sein Selbstwertgefühl zu umschreiben. Das Erleben des Selbstverlusts und der Wunsch, lieber nicht mehr zu sein, als in einer unerträglichen Situation auszuharren und gleichsam Zeuge des eigenen Auflösungsprozesses zu werden, hängen offensichtlich eng miteinander zusammen. Genau an diesen neuralgischen Punkten möchte die Palliative Care ansetzen, nämlich den schwer Leidenden eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten, Schmerzen zu lindern, Symptome zu kontrollieren und der Isolation zuvorzukommen.

3. Welche Herausforderungen bringt die Beihilfe mit sich?

Da sowohl die Selbsttötung als auch die Einschätzung der Handlungsmotive eines sterbewilligen Patienten umstritten sind, gilt dies auch für die Unterstützung eines zum Suizid entschlossenen Menschen. *Zugunsten* der Beihilfe werden die Achtung der Autonomie bzw. des freien Entscheids eines Betroffenen einerseits und das Mitleid – im Sinne eines den Patienten am Lebensende nicht im Stich-Lassens und der Vermeidung unerträglicher Schmerzen, also des Fürsorgeprinzips – andererseits betont. *Gegen* die Praxis

der Begleitung und Unterstützung eines Sterbewilligen wird an die Fürsorge- und Garantenpflicht im Sinne des grundsätzlichen Lebensschutzes erinnert, zudem vor der Gefährdung sowohl der ärztlichen und pflegerischen Berufsintegrität als auch der Vertrauensbeziehung zwischen den Behandelnden und den Patienten gewarnt. Grundsätzlich ist zwischen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Beihilfe zu unterscheiden, wobei die zweite Form in Oregon und der Schweiz durch Sterbehilfe-Organisationen und deren freiwillige Helferinnen und Helfer, jedoch in der Regel unter Beteiligung von Ärzten bei der Verschreibung der todbringenden Mittel, ausgeführt wird. Die mögliche Beteiligung von Palliative Care-Teams wirft zusätzliche Fragen auf.²⁸

François Mottu, Genfer Arzt für Allgemeinmedizin, hat in einem Fachartikel seine Gefühle, Beweggründe und Fragen dargelegt, die ihn bei der Suizidbegleitung einer siebzugjährigen Patientin bewegt und beschäftigt haben.²⁹ Seit sechs Jahren hatte er die Patientin, die unter verschiedenen Krankheiten litt und bereits einen gewaltsamen Suizidversuch hinter sich hatte, schon begleitet. In der Schilderung seiner Gefühle kommt seine emotionale Ambivalenz zum Ausdruck: Er empfand eine gewisse Genugtuung und Freude (»un certain plaisir«) darüber, dass er sich selbst überwinden und das Tabu seines »hippokratischen Gewissens« brechen konnte; gleichzeitig mit diesem Allmachtsgefühl beschlich ihn der Zweifel, ob diese positive Empfindung nicht vielmehr paranoid sei. Er empfand eine große Nähe zur Patientin und ihrer Familie, fragte sich aber, ob er die nötige Distanz gewahrt habe, sich nicht zu sehr von der Depression der sterbewilligen Patientin hat vereinnahmen lassen. Sodann war für ihn die emotional aufgeladene Situation maßgeblich von der Präsenz eines professionellen Sterbehelfers geprägt: Der EXIT-Delegierte sorgte für den reibungslosen Verlauf der Suizidbegleitung und übte eine starke Führungskraft auch auf den Arzt aus. Er fragte sich, ob diese machtvolle Position einer Organisation wie EXIT nicht dringender der staatlichen oder medizinischen Kontrolle bedürfte, überdies: welches wohl die Motive dieser Sterbehelfer seien und inwieweit diese Leute ausgebildet und begleitet würden. In seinen Schlussfolgerungen bleibt er unentschieden: Einerseits sieht er in der Suizidbegleitung eine wichtige ärztliche Aufgabe, andererseits erkennt er selbstkritisch die Tendenz, den Ärzten immer mehr gesellschaftliche Aufgaben aufzubürden, damit auch mehr Macht zu übertragen und sie letztlich zu überfordern. Vielleicht, mutmaßt er, wäre es besser, die Suizidassistenten in die Hände von Seelsorgern, Juristen oder motivierten Laien zu legen, um dieser Gefahr zu entgehen.

Die Schilderung belegt das innere Engagement des Begleiters: Der Beistand ist für den Arzt nur möglich, weil er selbst von der Richtigkeit der Entscheidung der Patientin, ihrem Leben ein Ende zu setzen, überzeugt ist und sie darin unterstützt. Damit ist ein enorm hohes Maß an Verantwortung verbunden, das nicht durch eine technisch reibungslos verlaufende »Dienstleistung« einer Sterbehilfe-Organisation verschleiert werden darf. Entsprechend fordert das niederländische Sterbehilfegesetz in Art. 2 Abs. d, der Arzt müsse *gemeinsam* mit dem Patienten zur Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine annehmbare Lösung mehr gebe. Deutlich wird, dass in der hausärztlichen Beihilfepraxis neben dem Respekt vor einem freiheitlichen Entscheid das Mitleid eine zentrale Rolle spielt. Fraglich ist, ob sich der Arzt nicht vom Sog der negativen, depressiven Gefühle der Patientin zu stark hat vereinnahmen lassen. Gemäß Richtlinien der SAMW sollte eine Entscheidung zum Suizid darum stets von einer unabhängigen Drittperson überprüft werden, bevor sich ein Arzt in einer Dilemmasituation aufgrund einer Gewissensentscheidung zur Beihilfe entschließt. Überdies wird deutlich, dass bei

der Begleitung ein ärztliches Tabu gebrochen wird, dass gefühlsmäßig tief verankert ist. Der begleitende Arzt selbst schreibt von einer möglichen Überforderung der Ärzte durch die Übertragung von zuviel Macht (»Allmacht«) über den Patienten, aber auch von den möglicherweise zweifelhaften Motiven freiwilliger Suizidhelfer.

Zwei Entwicklungen unterstreichen diese Schwierigkeiten und legen nahe, die Tendenzen zur Medikalisierung der Beihilfe zu kritisieren und die Formulierung der SAMW-Richtlinien, die Beihilfe zum Suizid sei nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspreche, zu unterstreichen. *Erstens* zeigen Entwicklungen in den Niederlanden, dass ärztliche Lebensbeendigungen auf Verlangen und Beihilfen zum Suizid zwischen 2001 und 2005 signifikant zurückgegangen sind, während die Praxis der palliativen Sedation (»continuous deep sedation«) stark zugenommen hat. Diese markanten Veränderungen werden u. a. damit zusammenhängen, dass Ärzte zusehends verweigern, sich über die Praxis des »hastening death« hinaus an der Lebensbeendigung sterbewilliger Menschen zu beteiligen.³⁰ *Zweitens* sind Erfahrungen aufschlussreich, die das Palliative Care-Team am Universitätsspital in Lausanne macht, seitdem dort 2006 von der Spitalleitung die Erlaubnis gegeben wurde, in Ausnahmefällen die Beihilfe zum Suizid im Krankenhaus zuzulassen. In einer Zusatzklärung zu den Richtlinien hat die SAMW festgehalten, dass die Behandlungsteams sich nicht an dieser Praxis beteiligen sollten, um Interessenskonflikte zu vermeiden. Für das Palliative Care-Team stellt sich hingegen zusätzlich die Frage, inwieweit es sich bei der Abklärung von Bitten um Beihilfe engagieren soll: Hält es sich aus ethischen Gründen ganz fern, ist die Suche nach palliativmedizinischen Alternativen zum Suizid gefährdet, lässt es sich auf die Begleitung bis zur Präsenz während der Beihilfe ein, läuft es Gefahr, die von ihm grundsätzlich abgelehnte Praxis zumindest indirekt zu unterstützen. Aus Gründen der klaren Abgrenzung ist darum ein Verbot der Beihilfe in Akutspitälern naheliegend, wie es in vielen Spitälern der deutschsprachigen Schweiz gegeben ist.³¹

4. Folgen einer Etablierung der Beihilfe zum Suizid?

Negative Folgen einer Etablierung bzw. Normalisierung der Suizidbeihilfe können zum einen in Missbrauchs- und Ausweitungsgefahren, zum andern in einer Gefährdung der ärztlichen Rolle bestehen. Erfahrungsgemäß geraten bei der Regelung der Beihilfe diese beiden Ziele miteinander in Konflikt: Je detaillierter ein Gesetz ausgestaltet wird, desto stärker wird die Ärzteschaft im Sinne einer »Qualitätssicherung« bzw. moralischen Legitimierung in die Praxis einbezogen. Das ist eindeutig im niederländischen Strafrecht der Fall, insofern ausschließlich Ärzte Beihilfe zum Suizid leisten dürfen. Indirekt gilt dies auch für die schweizerische Regelung, gemäß der zwar alle Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit haben, straffrei Beihilfe zum Suizid zu leisten (jedenfalls insoweit keine selbstsüchtigen Beweggründe vorliegen), in die jedoch aufgrund der Verschreibungspflicht für das meist eingesetzte Natriumpentobarbital stets auch Ärzte mit einbezogen sind. Gemäß erwähntem Bundesgerichtsentscheid sichert genau diese Verschreibungshürde die ethische Legitimierung der Beihilfepraxis. Besonders hohe Erwartungen hinsichtlich einer Absicherung werden dabei an Expertinnen und Experten der Palliative Care und Psychiatrie gerichtet, d.h. ausgerechnet an Fachärzte, die wie die Palliative Care-Spezialisten grundsätzliche Vorbehalte gegenüber der Suizidbeihilfe betonen oder,

wie die Psychiater, von einer besonders hohen Suizidalität ihrer Patienten betroffen sind und sich daher zu Recht auf die Suizidprävention konzentrieren.

Aufgrund der Zunahme von Gesuchen außerhalb der Sterbephase wächst gegenwärtig der Druck auf die Schweizer Ärzteschaft, die ärztliche Beihilfe auch für diese Situationen zu regeln. Dies lehnt die SAMW jedoch ab, da die Beurteilung solcher Entscheidungen – z.B. über die Plausibilität einer Beihilfe zum Suizid aufgrund der Einweisung in ein Pflegeheim oder einer Behinderung – außerhalb der ärztlichen Kompetenz liegt.³²

Die Idee von D. Fenner, objektive Kriterien für eine legitime Suizidbeihilfe zu entwickeln und das Vorliegen derselben durch neutrale staatliche Beratungsstellen auf ihre Wohlerwogenheit und Ernsthaftigkeit prüfen zu lassen, bietet keinen vertretbaren Ausweg.³³ Bereits die Überprüfung des Kriteriums »unerträgliches Leiden«, das bei den meisten Suizidentscheidungen zentral sein dürfte, setzt eine persönliche Beziehung zum Suizidwilligen und medizinische Sachkenntnis voraus, zudem käme eine staatlich anerkannte Aufteilung in akzeptable und inakzeptable Einschränkungen einer Diskriminierung und daher einer Missachtung der Menschenwürde gleich. Spätestens dann, wenn es um die rechtliche Regelung der Suizidbeihilfe bei Kindern, Jugendlichen, existentiell Leidenden, Vereinsamten, an Demenz Erkrankten oder bei Doppelsuiziden geht, wären die Kriterien zu Recht hoch umstritten, würden bestehende Grauzonen lediglich verschoben und der staatliche Lebensschutz signifikant eingeschränkt.

5. Schlussfolgerungen

Ist der Suizid eine humane Möglichkeit, eine unerträgliche Situation zu beenden, dem Sterben gleichsam zuvorzukommen? Der Entschluss ist radikal und die Handlung unwiderruflich. Die Selbsttötung steht darum aus Sicht einer christlichen Ethik unter moralischem Vorbehalt, sie ist zudem oft, wenn auch nicht immer, Symptom und nicht Therapie einer schweren Belastung, und steht daher zusätzlich unter medizinisch-psychiatrischem Vorbehalt. Aufgrund dieses doppelten Caveats ist auch die Beihilfe mit großer Verantwortung verbunden und ethisch bedenklich. Als etablierte und rechtlich geregelte Praxis ist sie aufgrund der Gefährdung der ärztlichen Berufsintegrität und Fürsorgepflicht abzulehnen. Mit Blick auf die Erfahrungen in Oregon bleibt zu fragen, ob ein Staat zugunsten der Erweiterung der Handlungsfreiheit einiger Weniger das Wohlergehen vieler, namentlich von Menschen mit psychischen Krankheiten, gefährden sollte.

Angesichts dieses Fazits stellt sich die Frage, wie die Bitten um Suizidbegleitung minimiert werden könnten. Mit Blick auf die Angst vor einem »fabrikmäßigen Sterben« bzw. die gefürchtete Sterbephase, die nicht selten von Abhängigkeit, Autonomieverlust, Pflegebedürftigkeit, Depressivität, Schmerzen und Leiden geprägt ist, liegen zwei Aufgaben auf der Hand: zum einen die Stärkung der Palliative Care und damit der Bemühungen, den Herausforderungen rechtzeitig und lindernd zu begegnen; zum andern die Re-Integration bzw. Normalisierung der negativ konnotierten und biographisch exkludierten Erfahrungen. Ziel müsste sein, nicht den Suizid oder die Bereitschaft zur Beihilfe, sondern Eigenschaften wie Altersgebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit, Behinderung und Leiden als grundlegende menschliche Züge anzuerkennen. Es ist normal, abhängig von anderen zu sein, Leid gehört zum Menschsein dazu, selbst Autonomiever-

lust ist nicht gleichzusetzen mit dem Verlust der Identität und dem Entzug von Anerkennung.

Unter diesen Bedingungen wären keine Sterbeexpertinnen und -experten nötig, hingegen nach wie vor gute und professionell ausgebildete Ärztinnen, Pflegende und Therapeuten, die bereit sind, im Leiden und bis ans Lebensende dabei zu bleiben. Für die genannten Berufe ist damit die Integration eines grundlegenden Widerspruchs ins eigene Selbstverständnis verbunden: Alles zu tun, um professionell zu helfen, zu heilen, zu lindern, und gleichzeitig anzuerkennen, dass Einschränkungen der Lebensqualität und Autonomie, die Abhängigkeit von anderen Menschen, selbst Schmerzen und Leiden, zum Menschsein wesentlich dazugehören.

ANMERKUNGEN

- ¹ Vgl. den Hauptartikel von R. A. LINDSAY, *Oregon's Experience: Evaluating the Record*, in: American Journal of Bioethics 9 (2009) No. 3, 19–27.
- ² Vgl. S. A. HURST/A. MAURON, *The Ethics of Palliative Care and Euthanasia. Exploring Common Values*, in: Palliative Medicine 20 (2006) 107–112; J. BERNHEIM ET AL., *Development of palliative care and legislation of euthanasia: antagonism or synergy?*, in: British Medical Journal 336 (2008) 864–867; T. E. QUILL/B. LO/D. W. BROCK, *Palliative Options as Last Resort: A Comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia*, in: D. BIRNBACHER/E. DAHL (Eds.), *Giving Death a Helping Hand. Physician-Assisted Suicide and Public Policy. An International Perspective*, Dordrecht 2008, 49–64; R. A. LINDSAY, *Oregon's Experience* (Anm. 1).
- ³ Vgl. R. M. RILKE, *Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge*, Frankfurt a. M. 1982 (zuerst 1910), 13.
- ⁴ Vgl. E. J. EMANUEL, *The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain*, in: Annals of Internal Medicine 121 (1994) 793–802.
- ⁵ Trotzdem sind auch diese Themen stark präsent, wie die Debatten um die Behandlung von Wachkomapatientinnen in den USA und Italien oder um die aktive Sterbehilfe bei schwerstbehinderten Neugeborenen zeigen, vgl. E. VERHAGEN/P. J. J. SAUER, *The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns*, in: New England Journal of Medicine 352 (2005) 959–962.
- ⁶ Mündliche Mitteilung; vgl. auch U. STRECKEISEN, *Legitime und Illegitime Schmerzen. Ärztliche und pflegerische Strategien im Umgang mit invasiven Maßnahmen bei Sterbenden*, in: I. SAAKE/W. VOGD (Hg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden 2008, 191–213.
- ⁷ Vgl. I. JENS, *Ein Nachwort in eigener Sache* (2008), in: W. JENS/H. KÜNG, *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München 2009, 199–211; T. JENS, *Demenz. Abschied von meinem Vater*, Gütersloh 2009; V. WETZSTEIN, *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*, Frankfurt a. M. 2005.
- ⁸ Vgl. R. GRONEMEYER, *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*, Frankfurt a. M. 2007; S. DRESSKE, *Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird*, in: P. Gehring/M. Rölli/M. Saborowski (Hg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*, Darmstadt 2007, 77–101.
- ⁹ Vgl. S. FISCHER ET AL., *Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations*, in: Journal of Medical Ethics 34 (2008) 810–814.
- ¹⁰ Vgl. reformiert. *Evangelisch-reformierte Zeitung für die deutsche und rätoromanische Schweiz*, Vorabinformation für die Ausgabe vom 29.8.2009 (befragt wurden 1002 Personen durch das Markt- und Meinungsforschungsinstitut Isopublic). Eine parlamentarische Motion im Schweizer Nationalrat mit dem Ziel, die Beihilfe zum Suizid unter Strafe zu stellen, scheiterte 2004 am Interesse des Parlaments und wurde unbehandelt abgeschrieben.
- ¹¹ Vgl. Bundesgerichtsurteil 2A.48/2006 vom 3.11.2006, *Rezeptfreie Abgabe von Natrium-Pentobarbital (NaP)*; B. KESSELI, *Ein Bundesgerichtsurteil mit grosser Resonanz in der SÄZ*, in: Schweizerische Ärztezeitung 88 (2007) 1194f.

- ¹² Vgl. die Beiträge zum Schwerpunktthema »Suizidbegleitung« in: *Bioethica Forum* 2 (2009) Nr. 1; NATIONALE ETHIKKOMMISSION IM BEREICH HUMANMEDIZIN (NEK), »Beihilfe zum Suizid«, Stellungnahme Nr.9/2005, und: *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe*. Stellungnahme Nr. 13/2006; SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN (SAMW), *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien*, in: Schweizerische Ärztezeitung 86 (2005) 172–176.
- ¹³ Vgl. SCHWEIZERISCHE BISCHOFSKONFERENZ (SBK), *Pressecommuniqué: Keine staatliche Legitimation für Suizid-Organisationen*, Freiburg i. Üe. 2008. Die Stellungnahmen des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes (SEK) sind dagegen weniger eindeutig, vgl. SEK, *Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive*, Bern 2007.
- ¹⁴ *Die Herausforderung des Sterbens annehmen, Gemeinsames Hirtenwort der Bischöfe von Freiburg i. Br., Strasbourg und Basel*, Juni 2006, 15.
- ¹⁵ THOMAS VON AQUIN, *Summa theologica* II-II q 64 a 5; vgl. D. HUME, *Dialoge über natürliche Religion. Über Selbstmord und Unsterblichkeit der Seele*, Berlin 1894 (zuerst 1757); I. KANT, *Metaphysik der Sitten. Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre*, Werkausgabe, Bd. VIII, Frankfurt a. M., 554–556 (A 72–73). Die drei Argumente von Thomas werden auch im Pastoral Schreiben der SCHWEIZERISCHEN BISCHOFSKONFERENZ, *Die Würde des sterbenden Menschen*, Freiburg 2002, 10 (Nr. 4.3), der moralisch ablehnenden Beurteilung des Suizids zugrunde gelegt.
- ¹⁶ Vgl. B. SCHÜLLER, *Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moraltheologie*, Düsseldorf 1987 (3. Aufl., zuerst 1973), 238–251; V. LENZEN, *Selbsttötung: Ein philosophisch-theologischer Diskurs mit einer Fallstudie über Cesare Pavese*, Düsseldorf 1987, 183–190; A. HOLDEREGGER, *Suizid – Leben und Tod im Widerstreit*, Freiburg i. Ue. 2002, 110–121.
- ¹⁷ E. SCHOCKENHOFF, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mainz 1993, 185; ähnlich A. HOLDEREGGER, *Suizid* (Anm. 16), 110.
- ¹⁸ Vgl. D. FENNER, *Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizin-ethische Untersuchung*, Freiburg/München 2008; M. BORMUTH, *Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert*, Göttingen 2008. Vgl. auch K. P. RIPPE U. A., *Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe*, in: Schweizer Juristenzeitung 101 (2004) 53–62 und 81–91; L. GANZINI/E. R. GOY/S. K. DOBSCHA, *Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey*, in: British Medical Journal 337 (2008) 2008, a1682 (www.bmj.com); M. WOLFERSDORF, *Depression und Suizid*, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51 (2008) 443–450; M. GMÜR, *Suizidbeihilfe und Urteilsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht*, in: Schweizerische Ärztezeitung 89 (2008) 1768–1771; R. A. LINDSAY, *Oregon's Experience* (Anm. 1).
- ¹⁹ Vgl. M. WOLFERSDORF, *Depression* (Anm. 18), 444; K. P. RIPPE U. A., *Urteilsfähigkeit* (Anm. 18); Bundesgerichtsurteil 2A.48/2006 (Anm. 11).
- ²⁰ Vgl. T. E. QUILL, *Legal Regulation of Physician-Assisted Death – The Latest Report Cards*, in: New England Journal of Medicine 356 (2007) 1911–1913; R. A. LINDSAY, *Oregon's Experience* (Anm. 1), 24.
- ²¹ Vgl. L. GANZINI ET AL., *Prevalence* (Anm. 18).
- ²² Vgl. R. A. LINDSAY, *Oregon's Experience* (Anm. 1); H. GUDAT KELLER, *Suizidwunsch und Palliative Care*, in: C. REHMANN-SUTTER U. A. (Hg.), *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, Bern 2006, 129–140; S. W. TOLLE, *Characteristics and Proportion of Dying Oregonians Who Personally Consider Physician-Assisted Suicide*, in: Journal of Clinical Ethics 15 (2004) 111–118.
- ²³ Vgl. A. VAN DER HEIDE ET AL., *End-of-life decision making in six European countries. Descriptive study*, in: Lancet 362 (2003) 345–350.
- ²⁴ Vgl. S. FISCHER ET AL., *Suicide* (Anm. 9).
- ²⁵ M. BORMUTH, *Ambivalenz* (Anm. 18), 299.
- ²⁶ Vgl. STELLUNGNAHME DES VORSTANDS DER SCHWEIZERISCHEN GESELLSCHAFT FÜR FORENSISCHE PSYCHIATRIE SGFP, *Bundesgerichtsurteil zum assistierten Suizid von Psychischkranken (Verschreibungspflicht von Natriumpentobarbital)*, in: Schweizerische Ärztezeitung 88 (2007) 1195–1197 (vermerkt ist, dass die Stellungnahme nicht einstimmig verabschiedet wurde); vgl. ähnlich bei M. GMÜR, *Suizidbeihilfe* (Anm. 18).

- ²⁷ Vgl. J. V. LAVERY U. A., *Origins of the Desire for Euthanasia and Assisted Suicide in People With HIV-1 or AIDS. A Qualitative Study*, in: *Lancet* 358 (2001) 362–367; M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Tod aus Liebe? Zur Problematik der Sterbehilfe aus individuaethischer Perspektive*, in: T. TRAPPE (Hg.), *Liebe und Tod. Brennpunkte menschlichen Daseins*, Basel 2004, 103–125; H. GUDAT KELLER, *Suizidwunsch* (Anm. 22).
- ²⁸ Vgl. G. BOSSHARD ET AL., *A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries*, in: *Journal of Medical Ethics* 34 (2008) 28–32; J. PEREIRA ET AL., *The Response of a Swiss University Hospital's Palliative Care Consult Team to Assisted Suicide Within the Institution*, in: *Palliative Medicine* 22 (2008) 659–667; M. ZIMMERMANN-ACKLIN, *Mit Helium in den Tod? Zur Diskussion um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, Editorial*, in: *Ethik in der Medizin* 20 (2008) 83–85.
- ²⁹ Vgl. F. MOTTU, *Suicide d'un patient: le médecin doit-il y participer?*, in: *PrimaryCare* 2 (2002) 132–135.
- ³⁰ Vgl. A. VAN DER HEIDE ET AL., *End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act*, in: *New England Journal of Medicine* 356 (2007) 1957–1965; J. RIETJENS ET AL., *Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study*, in: *British Medical Journal* 336 (2008) 810–813; vgl. auch G. BOSSHARD ET AL., *A role for doctors* (Anm. 28).
- ³¹ Vgl. J. PEREIRA ET AL., *The Response* (Anm. 28); ein Überblick über die verschiedenen Regelungen bietet das Themenheft »Beihilfe zum Suizid im Akutspital?«, in: *Bioethica Forum* No. 57, September 2007.
- ³² Vgl. C. SCHWARZENEGGER, *Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod*, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 88 (2007) 1–9; und die Antwort der SAMW: C. REGAMEY/M. SALATHÉ, *Ärztinnen und Ärzte sind nicht Experten für den freiwilligen Tod*, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 88 (2007) 1051f.
- ³³ Vgl. D. FENNER, *Suizid* (Anm. 18), 384 f; DIES., *Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente*, in: *Ethik in der Medizin* 19 (2007) 200–214, hier: 212f.