

# Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen

## Ähnlichkeiten und Differenzen

*Markus Zimmermann*

In technisierten Hochleistungsgesellschaften mit einer entsprechenden medizinischen Versorgung ist das Sterben risikant geworden.<sup>1</sup> Seit die Medizin in der Lage ist, auf vielfältige Weise in den Sterbeprozess einzugreifen und in vielen Fällen das Lebensende zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern, wird der Tod nicht mehr in erster Linie als ein zu bekämpfender Feind, sondern als eine zu gestaltende Aufgabe wahrgenommen.<sup>2</sup> Wie oder auf welche Weise diese gestalterische Aufgabe wahrgenommen werden soll und darf, ist allerdings umstritten. Heute bestehen sehr unterschiedliche Vorstellungen von dem, wie ein menschliches, würdiges oder gutes Sterben aussehen könnte, eine davon schließt die aktive Lebensverfügung in Form einer assistierten Selbsttötung oder einer Tötung auf Verlangen mit ein. Abgesehen von der Möglichkeit eines Alterssuizids<sup>3</sup> sind dies zwei Möglichkeiten, im Fall einer schweren Erkrankung, Behinderung oder während des eigentlichen Sterbeprozesses (im Sinne der voraussichtlich letzten Lebenstage oder -wochen) die Umstände und vor allem den exakten Zeitpunkt des eigenen Todes selbst zu bestimmen.

In diesem Beitrag geht es darum, Ähnlichkeiten und Differenzen zwischen assistiertem Suizid und der Tötung auf Verlangen zu erkunden. Tatsächlich liegen beide Praktiken nahe beieinander; Motive, Handlungsabsichten, Vorgehensweisen, involvierte Personen, das Resultat und die weiteren

Folgen sind weitgehend deckungsgleich. Gleichwohl werden beide Handlungsweisen häufig ethisch unterschiedlich bewertet und rechtlich stets unterschiedlich eingeschätzt sowie geregelt. Während der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht als eine Sonderform des Suizids und damit einer grundsätzlich nicht strafverfolgten Praxis beurteilt wird, wird die Tötung auf Verlangen strafgesetzlich im Bereich der Fremdtötung eines Menschen angesiedelt und ist daher nahezu weltweit unter hoher Strafanandrohung verboten.

Um das Verhältnis beider Praxen zueinander näher zu erkunden, werden im ersten Teil die Begriffe geklärt. Im zweiten Abschnitt folgen einige Beobachtungen zu den jeweils zugrunde liegenden Handlungsmodellen und zu praktischen Erfahrungen. Anschließend werden in zwei weiteren Schritten zunächst Ähnlichkeiten und dann Differenzen beschrieben, bevor die Ergebnisse in einem kurzen Fazit zusammengefasst werden.

## 1. Begriffsklärungen

### *1.1 Das Spektrum der Lebensende-Entscheidungen*

Die hier näher zu betrachtenden beiden Handlungen werden seit einigen Jahren im Rahmen eines umfassenderen Spektrums von Handlungsweisen und diesen zugrunde liegenden Entscheidungen am Lebensende eingeordnet. In einer europäischen Umfrage zu medizinischen Lebensende-Entscheidungen, der sogenannten EURELD-Studie<sup>4</sup>, in welcher Lebensende-Entscheidungen in sechs europäischen Ländern miteinander verglichen wurden, wird zwischen folgenden drei Praktiken unterschieden: erstens dem *ärztlich assistierten Sterben*, zweitens dem *Lindern von Schmerzen und Symptomen mit lebensverkürzender Wirkung* und drittens dem *Beenden einer bzw. Verzicht auf eine lebenserhaltende Maßnahme*. Dieses Begriffskonzept liegt auch

den Umfragen zugrunde, die seit 1990 im Rhythmus von fünf Jahren in den Niederlanden und ab einem späteren Zeitpunkt auch regelmäßig in Belgien durchgeführt wurden bzw. werden und deren konsequente Durchführung länderübergreifende Vergleiche sowie Aussagen über Veränderungsprozesse ermöglichen. In den letzten Jahren sind mit der *anhaltenden tiefen Sedierung* und der Praxis, dass eine *Patientin oder ein Patient von sich aus entscheidet, das Essen und Trinken einzustellen*, zwei weitere Handlungsweisen bei deren systematischer Erfassung hinzukommen.

In diesem Begriffskonzept wird innerhalb der ersten Handlungsgruppe, also dem ärztlich assistierten Sterben, zwischen folgenden drei Praktiken unterschieden: erstens der *Euthanasie*, zweitens dem *ärztlich assistierten Suizid* und drittens der *Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen durch einen Patienten bzw. eine Patientin*. Unter „Euthanasie“ wird hier in Entsprechung zur niederländischen, belgischen und inzwischen auch luxemburgischen Gesetzgebung ausschließlich eine *ärztliche Tötung auf Verlangen* verstanden. Demnach wird im Benelux-Kontext eine ärztliche Tötung, die *nicht* auf ausdrückliches Verlangen erfolgt, eigens erfasst; sie ist im Unterschied zur erstgenannten Form der ärztlichen Tötung dort auch strafrechtlich verboten. Zudem fällt auf, dass in dieser Systematik stets ein *ärztliches* Handeln vorausgesetzt wird, da in den drei Benelux-Ländern ausschließlich eine *ärztliche Tötung auf Verlangen* bzw. ein *ärztlich* assistierter Suizid unter Einhaltung gewisser Umstände straffrei geregelt sind. Bereits diese wenigen Angaben machen deutlich, dass Begriffsdefinitionen nie vollständig neutral oder rein deskriptiv sind, sondern dass stets mit rechtlichen, ethischen, kulturellen und hier auch medizinischen Konnotationen zu rechnen ist, die im besten Fall transparent gemacht und zur Sprache gebracht werden.

Für die weiteren Erörterungen ist erstens von Bedeutung,

möglichst klar zwischen den zwei Handlungsweisen „Tötung auf Verlangen“ und „assistierter Suizid“ unterscheiden zu können. Unbestimmt bleibt dagegen im Folgenden, ob die handelnde oder assistierende Person ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine Person ohne ärztliche Ausbildung ist. Ausgegangen wird hingegen davon, dass eine sterbewillige Person ihren Sterbewunsch klar, unmissverständlich, aufgeklärt, urteilsfähig, frei (d.h. nicht manipuliert) und wiederholt zum Ausdruck gebracht hat. Zweitens ist wichtig, dass die beiden im Folgenden untersuchten Handlungsweisen Teil eines größeren Handlungsspektrums sind, wobei namentlich mit Blick auf die „anhaltende tiefe Sedierung“, die häufig auch als „terminale Sedierung“ bezeichnet wird, unter gewissen Umständen von fließenden Übergängen zur Lebensverfügung auf Verlangen auszugehen ist.

### *1.2 Der assistierte Suizid*

Unter einem assistierten Suizid – in der Schweiz und im Folgenden kurz auch als „Suizidhilfe“ bezeichnet – wird die Unterstützung eines suizidwilligen Menschen bei der Durchführung der Selbsttötung verstanden. Die Unterstützung kann in Form des Besorgens und Bereitstellens eines todbringenden Mittels, in der Anleitung der Handhabung dieser Mittel, schließlich im mehr oder weniger langen Dabeibleiben während der Selbsttötung bis zur offiziellen Feststellung des Todes durch einen Arzt bzw. eine Ärztin bestehen. In den meisten Ländern Europas gilt der Tod durch einen Suizid als ein unnatürlicher Tod und erfordert eine nachträgliche Überprüfung durch eine staatliche Instanz, beispielsweise die Staatsanwaltschaft. Die Begriffe „Freitod“ und „Selbstmord“ werden in diesem Zusammenhang in der Regel vermieden, da sie moralisch aufgeladen sind: Während der Begriff „Freitod“ suggeriert, es handle sich um einen Freiheitsakt, einen reinen „Bilanzsuizid“

(auch als „rational suicide“ oder als Suizid als Konsequenz aus einer vernünftigen Abwägung bezeichnet), schwingt beim Begriff „Selbstmord“ eine moralische Verurteilung der Handlung als eine unerlaubte und letztlich unmoralische Lebensverfügung mit. In der Schweiz wird der Begriff „Freitod“ vor allem von den Sterbehilfeorganisationen verwendet, während der Begriff „Selbstmord“ noch im Art. 115 des im Jahr 1947 in Kraft getretenen Schweizer Strafbuches zu finden ist.

### 1.3 Die Tötung auf Verlangen

Unter einer Tötung auf Verlangen wird eine möglichst schmerzlose, rasche und gezielte Lebensbeendigung verstanden, die eine Person auf das Begehren oder Verlangen eines sterbewilligen Menschen hin an diesem ausführt. Im niederländischen und belgischen Kontext ist in der Regel nicht von einer Tötung, sondern von einer *Lebensbeendigung* auf Verlangen die Rede; wird diese durch einen Arzt oder eine Ärztin durchgeführt, wird das Vorgehen offiziell als *Euthanasie* angesehen. Früher wurde diese Praxis häufig auch als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet, wobei sich allerdings das Problem ergab, dass eine indirekte von einer direkten Form der aktiven Sterbehilfe zu unterscheiden war, was regelmäßig zu Missverständnissen geführt hat und bisweilen auch nach wie vor führt. Die Direkt-Indirekt-Unterscheidung bezieht sich auf die unterschiedliche Absicht der handelnden Person: *Direkt* meint das juristisch als „vorsätzlich“ bezeichnete Handeln oder eine gezielte, beabsichtigte Tötung, *indirekt* dagegen steht für „nicht vorsätzlich“ und meint eine unbeabsichtigte, bloß als Nebenwirkung einer anderen Handlung, namentlich einer Linderung von Schmerzen oder Symptomen, in Kauf genommene Lebensverkürzung.

## 2. Handlungsmodelle und Erfahrungen

Um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden hier betrachteten, ethisch wie rechtlich umstrittenen Handlungsweisen näher charakterisieren zu können, bietet sich ein erfahrungsorientierter Ansatz an. Ein zugegebenermaßen nur kurzer Blick auf die Grundmodelle und die entsprechenden praktischen Erfahrungen in der Schweiz einerseits und in den Niederlanden andererseits soll dazu beitragen, die unterschiedlichen „Logiken“, Denkweisen respektive Kulturen, die beiden Handlungen zumindest betreffend der herangezogenen nationalstaatlichen Praktiken in der Schweiz und den Niederlanden zugrunde liegen, besser verstehen und einordnen zu können. Eine induktive und erfahrungsorientierte Zugangsweise hat gegenüber einer abstrakt-theoretischen Vorgehensweise den Vorteil, dass sie zur Aufmerksamkeit gegenüber möglichen gesellschaftlichen Anknüpfungspunkten in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, Österreich, Großbritannien oder Frankreich, in welchen gegenwärtig intensive Sterbehilfediskussionen geführt werden, beitragen kann.

### *2.1 Zwei unterschiedliche Grundmodelle*

Im Folgenden wird die These vertreten, dass die Lebensende-Praktiken in den Bereichen assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen in der Schweiz und in den Benelux-Ländern einem unterschiedlichen Grundmodell oder -verständnis folgen. Während die Praxis des assistierten Suizids in der Schweiz – zumindest in der gegenwärtigen Größenordnung – weltweit einzigartig ist, sind in den Benelux-Staaten die Praktiken im Bereich der ärztlichen Tötung auf Verlangen weltweit singulär; während in der Schweiz die Tötung auf Verlangen strafrechtlich verboten ist und offiziell nicht praktiziert wird, wird in den Niederlanden der

ärztlich assistierte Suizid äußerst selten durchgeführt, obgleich er strafrechtlich analog zur Regelung der ärztlichen Tötung auf Verlangen, das heißt unter Einhaltung gewisser Bedingungen, erlaubt ist. Historisch und kulturell lässt sich zeigen, dass die Praxis des assistierten Suizids in der Schweiz auf der Idee des *Bilanzsuizids* basiert, das heißt auf der Ansicht, jede Bürgerin und jeder Bürger habe das Recht, sich das Leben zu nehmen, und kann dafür bei Bedarf auch die Hilfe eines anderen erbitten. Dagegen beruht die Praxis der ärztlichen Tötung auf Verlangen in den Benelux-Staaten auf der Idee einer Erleichterung und Linderung im Sterben, wodurch auch vorgegeben ist, dass stets eine Ärztin oder ein Arzt involviert ist, die oder der gleichsam neben der Möglichkeit zu einer Lebensverlängerung auch die Erlaubnis hat, in einer Situation unerträglichen Leidens ein Leben zu beenden.

Diese unterschiedlichen „Sitze im Leben“ beider Praktiken führen dazu, dass im Fall der Schweiz die Ärztinnen und Ärzte allenfalls eine Nebenfunktion zu übernehmen haben, während sie in den Benelux-Ländern die Rolle des Hauptakteurs übernehmen. Während der assistierte Suizid in der Schweiz unter Einhaltung der Bedingung der Nicht-Eigennützigkeit rechtlich *allen* Personen erlaubt ist, ist dieselbe Handlung wie auch die Tötung auf Verlangen in den Niederlanden ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Das Schweizer Modell bleibt auf die Suizidhilfe beschränkt und es gab bislang auch keine gesellschaftlichen Vorstöße in Richtung einer Erlaubnis der Tötung auf Verlangen, während im Benelux-Modell, welches vom Hauptakteur Arzt bzw. Ärztin ausgeht, die Relevanz der Unterscheidung zwischen Suizidhilfe und Tötung auf Verlangen quasi entfällt und beide Handlungen gleichermaßen geregelt werden. Auch die Hauptaufgabe der staatlichen Aufsicht zur Sicherung des Lebensschutzes insbesondere

vulnerabler Gruppen über beide Praktiken ist entsprechend verschieden: Während es in der Schweiz in erster Linie darum geht, die Tätigkeit der Sterbehilfeorganisationen zu kontrollieren, steht in den Niederlanden das ärztliche Handeln bzw. die Interaktion zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient(in) im Zentrum der Aufmerksamkeit. Gemäß diesen Differenzen lässt sich das Schweizer als *Bürger(innen)-Modell*, die Benelux-Regelung als *medikalisiertes Modell* bezeichnen.

## 2.2 Erfahrungen mit dem assistierten Suizid in der Schweiz

Die öffentlichen Auseinandersetzungen mit dem assistierten Suizid in der Schweiz sind seit einigen Jahren von drei Aspekten gekennzeichnet: erstens durch vielfältige Versuche, eine rechtliche Neuregelung herbeizuführen, zweitens durch eine verhältnismäßig starke Zunahme der Suizidbeihilfefälle, und drittens durch die Tendenz, dass zunehmend mehr Menschen außerhalb der eigentlichen Sterbephase um einen assistierten Suizid bitten.

In rechtlichen Regulierungsversuchen werden insbesondere die Aktivitäten der Suizidhilfeorganisationen in den Blick genommen. Kommt es zur Gründung einer neuen Organisation, wie beispielsweise im Jahr 2011 zu der von „LifeCircle“ mitsamt der für die Durchführung der „Freitodbegleitung“ zuständigen Stiftung „Eternal Spirit“ im Kanton Baselland, ist mit neuen Aktivitäten und Herausforderungen zu rechnen, die anschließend öffentlich diskutiert werden. Besonderheiten der erwähnten Organisation liegen beispielsweise darin, dass sie von einer Ärztin und nicht von einem ärztlichen Laien geleitet wird, dass sowohl Palliative Care als auch Suizidhilfe in Kombination angeboten werden, dass ebenfalls Ausländer(innen) den assistierten Suizid erhalten und dass insbesondere auch Menschen beim Suizid geholfen werden soll, welche unter einer schweren

Krankheit leiden, sich jedoch noch nicht am Lebensende befinden.<sup>5</sup> Rechtliche Vorstöße beschäftigen sich daher in der Regel mit Vorschlägen einer besseren Kontrolle der Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen, während die Aktivitäten von Ärztinnen und Ärzten bzw. Regelungen in Spitälern und Heimen nur zweitrangig diskutiert werden.

Die Anzahl assistierter Suizide hat in der Schweiz in den letzten Jahren stark zugenommen. Die letzte offizielle eidgenössische Statistik berichtet von einer Zunahme von knapp 50 Fällen im Jahr 1998 auf über 300 assistierte Suizide im Jahr 2009.<sup>6</sup> Gemäß Angaben in den Jahresberichten der beiden größten, d. h. mitgliederreichsten Sterbehilfeorganisationen lag die Anzahl assistierter Suizide alleine bei „Exit Deutsche Schweiz“ im Jahr 2014 bei 583, bei der Organisation „Dignitas“ im Jahr 2012 (neuere Zahlen sind nicht publiziert) bei 256. Hinzuzurechnen sind die assistierten Suizide, welche von den anderen vier Organisationen durchgeführt werden, und zudem diejenigen, welche ohne die Unterstützung einer Organisation durchgeführt, statistisch aber nicht erfasst werden. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl assistierter Suizide pro Jahr in der Schweiz inzwischen die Zahl von 1.000 Fällen überschritten hat.

Zudem hat sich gezeigt, dass bis zum Jahr 2007 über ein Drittel der assistierten Suizide von Menschen außerhalb der eigentlichen Sterbephase in Anspruch genommen wurde.<sup>7</sup> In diesem Sinne wurde im Jahr 2014 bei „Exit Deutsche Schweiz“ entschieden und in die Statuten der Organisation aufgenommen, den sogenannten „Altersfreitod“ in Zukunft stärker zu fördern. Dieser hat zum Ziel, Menschen in besonders hohem Alter den Nachweis der Unerträglichkeit ihres Leidens zu ersparen.<sup>8</sup>

### *2.3 Erfahrungen mit der ärztlichen Tötung auf Verlangen in den Niederlanden*

Die ärztliche Tötung auf Verlangen ist in den Niederlanden bereits seit 2002 klar geregelt, so dass in den letzten Jahren keine grundlegenden rechtlichen Debatten stattgefunden haben. Internationale Aufmerksamkeit hat dagegen die belgische Entscheidung hervorgerufen, dass grundsätzlich auch Kinder und Jugendliche um ihre Tötung bitten dürfen. Auch in den Niederlanden bestehen Bestrebungen, die ärztliche Tötung auf Verlangen für Menschen zu gewährleisten, die das Kriterium des unerträglichen Leidens nicht erfüllen und beispielsweise unter einer allgemeinen Lebensmüdigkeit leiden; allerdings wird diese Idee nur von einer Minderheit unterstützt.<sup>9</sup>

Die Anzahl der ärztlichen Tötungen auf Verlangen in den Niederlanden hatte von 2001 (2,6% aller Sterbefälle) bis 2005 (1,7%) stark abgenommen, um dann bis 2010 wieder auf 2,8% zuzunehmen.<sup>10</sup> Während die Angaben für 2015 noch nicht vorliegen, wurden kürzlich die entsprechenden Zahlen für die Entwicklung der ärztlichen Tötung auf Verlangen im belgischen Flandern publiziert, welche zeigen, dass sie dort von 1,9% aller Todesfälle im Jahr 2007 auf 4,6% aller Sterbefälle im Jahr 2013 angestiegen ist, was einem enorm starken Anstieg entspricht.<sup>11</sup>

Ein wichtiges Thema in der öffentlichen und ethischen Auseinandersetzung in den Niederlanden ist schließlich die Einschätzung und Interpretation der starken Zunahme von Fällen der anhaltenden tiefen Sedierung.<sup>12</sup> Eine offene Frage ist, inwiefern diese Entscheidungen als eine Alternative zur ärztlichen Tötung auf Verlangen gesehen und praktiziert werden.

### 3. Ähnlichkeiten

Ähnlichkeiten zwischen dem assistierten Suizid und der Tötung auf Verlangen lassen sich mindestens drei benennen: der Akt der willentlichen Lebensverfügung, die Beteiligung und Hilfestellung anderer sowie die Motivation der Sterbewilligen.

#### *3.1 Lebensverfügung: irreversible Tötungshandlung*

In beiden Fällen handelt es sich um eine willentliche, beabsichtigte und möglichst rasch sowie schmerzlos durchgeführte Tötung eines Menschen, obgleich sich im Fall eines assistierten Suizids ein Mensch selbst das Leben nimmt, während bei einer Tötung auf Verlangen eine Fremdtötung vorliegt. In der katholischen Ethiktradition beispielsweise wird der Akt der intendierten Lebensverfügung bei einem unschuldigen Menschen moralisch abgelehnt, und zwar unabhängig von der Frage, wer der Handelnde ist. Im Unterschied zu anderen Maßnahmen bei schwer leidenden oder sterbenden Patienten ist eine Tötungshandlung stets irreversibel.

#### *3.2 Beteiligung und Zustimmung anderer*

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht in der Beteiligung eines anderen Menschen, dessen Aufgabe darin besteht, dem Sterbewilligen bei der Ausführung seines Sterbewunsches behilflich zu sein. Obgleich sich Art und Weise der Hilfestellung bei der Suizidhilfe und der Tötung auf Verlangen voneinander unterscheiden, besteht eine wesentliche Gemeinsamkeit darin, dass die helfende zusammen mit der sterbewilligen Person zu der Überzeugung gelangt sein sollte, dass im Akt der Lebensbeendigung die einzige akzeptable Handlungsalternative besteht. In beiden Fällen wird also von einem hohen Grad an Einfühlungsvermögen

und Verständnis der Gesamtsituation des Sterbewilligen durch die helfende Person ausgegangen.

### *3.3 Ähnliche Motive bei den Sterbewilligen*

Angeichts der Radikalität und Irreversibilität beider Handlungen ist davon auszugehen, dass die Sterbewilligen in beiden Fällen ähnlich motiviert sind. Als problematisch empfunden werden insbesondere Lebenssituationen, die durch Abhängigkeit, Autonomieverlust und schweres bis unerträgliches Leiden geprägt sind. Bei aller anzunehmenden Heterogenität der Motive liegt die Vermutung nahe, dass Erfahrungen von Sinn- und Aussichtslosigkeit, von unerträglichen Schmerzen, Isolation, Verlassenheit, Angst vor Überbehandlung sowie vor einem Selbst- und Kontrollverlust ursächlich an den Sterbewünschen beteiligt sind.<sup>13</sup>

## 4. Unterschiede

Auch die Unterschiede liegen auf der Hand. Es lassen sich mindestens folgende drei identifizieren: die unterschiedliche Handlungshoheit, die Rolle der Ärztinnen und Ärzte sowie die jeweiligen gesellschaftlichen Gefahren einer etablierten Praxis.

### *4.1 Handlungshoheit: Selbst- versus Fremdtötung*

Wie bereits mehrfach unterstrichen wurde, liegt die Handlungshoheit im Fall eines assistierten Suizids beim Sterbewilligen selbst, während sie bei einer Tötung auf Verlangen bei einer anderen Person liegt. Das gilt auch dann noch, wenn ein todbringendes Mittel bei einem assistierten Suizid intravenös verabreicht wird und der Sterbewillige nur noch den Infusionshahn selbstständig öffnet. Liegt eine Selbsttötung vor, wird diese strafrechtlich völlig anders behandelt als eine Fremdtötung. Der Suizid wurde in Deutschland be-

reits im 18. Jahrhundert entpönalisiert und ist heute weltweit straffrei, während eine Fremdtötung zu den gravierendsten Straffällen zählt, und das auch dann noch, wenn der Handelnde im Auftrag bzw. in Übereinstimmung mit dem Willen des Sterbewilligen gehandelt hat. Missbrauchs- und Ausweitungsgefahren sind bei einer Praxis der Tötung auf Verlangen als viel gravierender zu veranschlagen als bei einer etablierten Praxis des assistierten Suizids.

#### *4.2 Ärztliche Rolle: Primär versus sekundär*

Ein ebenfalls wesentlicher Unterschied zwischen beiden Praktiken besteht in der Rolle der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Während eine assistierte Selbsttötung nahezu keiner ärztlichen Expertise bedarf, setzt eine Tötung auf Verlangen ärztliches Wissen und Können voraus. Eine Suizidhilfe kann zur Not, beispielsweise unter Zuhilfenahme von Heliumgas, auch ohne die Verschreibung eines todbringenden Mittels durch einen Arzt bzw. eine Ärztin erfolgen, aber eine Tötung auf Verlangen setzt voraus, dass zunächst ein Sedativum und anschließend ein todbringendes Mittel, beispielsweise ein Muskelrelaxantium, intravenös verabreicht wird, was ärztliches Knowhow voraussetzt. Schließlich dürfte es einen nicht unerheblichen Unterschied im Erleben des Sterbewilligen ausmachen, ob ein assistierter Suizid in den Räumlichkeiten einer Organisation oder Zuhause unter Hilfestellung eines mehr oder weniger unbekanntem nicht-ärztlichen Sterbehelfers bzw. einer Sterbehelferin erfolgt, oder ob eine Tötung auf Verlangen im Rahmen einer unter Umständen langjährigen Arzt-Patient-Beziehung am Krankenbett, im Krankenhaus oder durch eine Hausärztin Zuhause erfolgt.

### 4.3 Gesellschaftliche Gefahren: Banalisierung versus ärztliche Macht

Ein entscheidender Unterschied besteht schließlich mit Blick auf die mit den beiden Praxen verbundenen gesellschaftlichen Gefahren: Eine etablierte Praxis des assistierten Suizids kann dazu führen, dass ein Druck auf Menschen in schwierigen Lebenssituationen und im hohen Alter entsteht, sich selbst für eine vorzeitige Lebensbeendigung zu entscheiden. Die hauptsächliche Gefahr besteht in einer gesellschaftlichen Entsolidarisierung mit Menschen, die auf andere angewiesen sind und deren Hilfe benötigen. Die Praxis der Tötung auf Verlangen hingegen birgt viel stärker die Gefahr in sich, dass Ärztinnen und Ärzte, die es gewohnt sind, Menschen in ausweglosen Situationen auf deren Verlangen zu töten, dazu übergehen, diese Handlungen aus Mitleid auch bei solchen Patient(inn)en in Erwägung zu ziehen, die sich in ähnlich schwierigen Situationen befinden mögen, sich selbst aber noch nicht (Säuglinge und Kleinkinder) oder nicht mehr (Komatöse, Menschen mit schweren demenziellen Störungen) äußern können.

## 5. Fazit

Es zeigt sich, dass sich den beiden Praxen des assistierten Suizids und der Tötung auf Verlangen – bei allen Ähnlichkeiten, die vor allem im Akt der Lebensverfügung, der Hilfestellung anderer und offenen Sinnfragen angesichts des Leidens bestehen – verschiedene Problemwahrnehmungen und -lösungen zugrunde liegen und sich entsprechend auch die mit den beiden Handlungsweisen verbundenen Möglichkeiten und Gefahren voneinander unterscheiden.

## Anmerkungen

- <sup>1</sup> Vgl. *F. Mathwig*, Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht, Zürich 2010.
- <sup>2</sup> Vgl. *W. Schneider*, Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne. Zur gesellschaftlichen Ordnung des Lebensendes, in: I. Bauernfeind/G. Mendl/K. Schill (Hg.), Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens, München 2005, 30–54.
- <sup>3</sup> Vgl. *M. Zimmermann-Acklin*, Menschenwürdig sterben? Ethische Überlegungen zum Alterssuizid und zur Suizidprävention, in: Caritas Sozialalmanach 2011. Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage der Schweiz, Schwerpunkt: Das vierte Alter, Luzern 2011, 195–207.
- <sup>4</sup> Vgl. *A. van der Heide/L. Deliens/K. Faisst u. a.*, End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, in: *Lancet* 362 (2003) 345–350.
- <sup>5</sup> Vgl. dazu die Angaben auf der Websites der Organisation [www.life-circle.ch](http://www.life-circle.ch) (28.07.2015).
- <sup>6</sup> Vgl. *Bundesamt für Statistik*, Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz, Neuenburg 2012.
- <sup>7</sup> Vgl. *S. Fischer/C. A. Huber/L. Imhof u. a.*, Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations, in: *Journal of Medical Ethics* 34 (2008) 810–814.
- <sup>8</sup> In der Schweiz wurde eine entsprechende Organisation neu gegründet, vgl. [www.altersfreitod.ch](http://www.altersfreitod.ch) (28.07.2015).
- <sup>9</sup> Vgl. *N. J. H. Raijmakers/A. van der Heide/P. S. C. Kouwenhoven u. a.*, Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey, in: *Journal of Medical Ethics* 41 (2015) 145–150.
- <sup>10</sup> Vgl. *B. D. Onwuteaka-Philipsen/A. Brinkman-Stoppelenburg/C. Penning u. a.*, Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey, in: *Lancet* 380 (2012) 908–915.
- <sup>11</sup> Vgl. *K. Chambaere/R. Vander Stichele/F. Mortier u. a.*, Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium, in: *New England Journal of Medicine* 372 (2015) 1179–1181.
- <sup>12</sup> Vgl. *B. D. Onwuteaka-Philipsen u. a.*, Trends in end-of-life practices (s. Anm. 10); *J. A. C. Rietjens/J. R. Voorhees/A. van der Heide u. a.*, Approaches to suffering at the end of life: the use of sedation in the USA and Netherlands, in: *Journal of Medical Ethics* 40 (2014) 235–240.
- <sup>13</sup> Vgl. beispielsweise *S. Fischer/C. A. Huber/M. Furter u. a.*, Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians, in: *Swiss Medical Weekly* 139 (2009) 333–338.