



André Böhning (Hrsg.)

# Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte

Herausforderung für die Psychiatrie  
und Psychotherapie

 hogrefe

# **Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte**

# **Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte**

André Böhning (Hrsg.)

Programmbereich Psychiatrie

**André Böhning**  
(Hrsg.)

# Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte

Herausforderung für die Psychiatrie  
und Psychotherapie

Mit Beiträgen von

André Böhning	Rudolf Rengier
Daniel Büche	Dirk Richter
Ulrich Hemmeter	Bernadette Ruhwinkel
Christian Kind	Christiane Thomas-Hund
Ueli Nef	

Mit einem Geleitwort von Paul Hoff



**Dr. André Böhning**

Psychiatrie St. Gallen Nord (PSGN)  
Stiftung Heimstätten Wil  
Zürcherstraße 30  
9500 Wil  
Schweiz  
E-Mail: andre.boehning@psgn.ch

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Medizin/Psychiatrie  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Susanne Ristea  
Bearbeitung: Gisela Fichtl, München  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlagabbildung: Getty Images/Busà Photography  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod  
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2021  
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96002-9)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76002-5)  
ISBN 978-3-456-86002-2  
<http://doi.org/10.1024/86002-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Geleitwort</b> . . . . .	11
<b>Ein nicht klassisches Vorwort</b> . . . . .	15
<hr/>	
<b>1 Der Wunsch nach assistiertem Suizid. Ethische Herausforderungen eines polarisierenden Themas</b> . . . . .	21
<i>Christian Kind</i>	
1.1 Entwicklung der ärztlichen Suizidhilfe in der Schweiz . . . . .	22
1.2 Die Haltung der Schweizer Ärzteschaft . . . . .	24
1.3 Ethische Erwägungen . . . . .	26
1.4 Verhältnis von Patientenwohl und selbstbestimmtem Willen . . . . .	27
1.5 Kann Suizidhilfe dem Wohl des Patienten dienen? . . . . .	28
1.6 Lässt sich Suizidhilfe mit den Zielen der Medizin vereinbaren? . . . . .	29
1.7 Gesellschaftliche Konsequenzen des Angebots ärztlicher Suizidhilfe	30
1.8 Wann ist der Patientenwille selbstbestimmt? . . . . .	32
1.9 Regelung durch die neuen Richtlinien der SAMW . . . . .	33
<hr/>	
<b>2 Unerträgliches Leiden und autonome Entscheidung. Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf Sterbehilfe nicht verwehrt werden darf</b> . . . . .	37
<i>Dirk Richter</i>	
2.1 Einleitung . . . . .	38
2.2 Sozialer Wandel und die Veränderung des Leidens in der Gesellschaft .	42
2.3 Sterbehilfe in der individualisierten Gesellschaft . . . . .	44
2.4 Die Frage der Rationalität des Sterbewunsches . . . . .	46
2.5 Sterbehilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen aus sozialpsychiatrischer Perspektive . . . . .	50

2.6	Die Rolle von Fachpersonen bei der Sterbehilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen . . . . .	53
2.7	Schlussfolgerungen und weitere Herausforderungen . . . . .	55

---

<b>3</b>	<b>Der Wunsch nach einem beschleunigten Ende. Umgang mit dem Sterbewunsch in der Palliative Care</b> . . . . .	63
	<i>Daniel Büche</i>	
3.1	Einleitung . . . . .	64
3.2	Normalisierung des Sterbewunsches . . . . .	64
3.2.1	Auseinandersetzung mit dem Tod . . . . .	64
3.2.2	Angst, Tod und Sterben . . . . .	65
3.2.3	Suizidgedanken, Suizidwünsche, Suizid . . . . .	66
3.3	Differenzierung des Sterbewunsches – der Wunsch nach einem beschleunigten Ende . . . . .	70
3.4	Ansprechen von Suizidgedanken bei schwerer Erkrankung und im Sterben . . . . .	74
3.5	Veränderbare Ursachen . . . . .	77
3.5.1	Körperliche, psychische, soziale und spirituelle Symptome . . . . .	77
3.5.2	Sich als Last fühlen . . . . .	78
3.6	Respekt vor dem Patienten und seinen Entscheidungen . . . . .	79
3.7	Beziehung halten . . . . .	81
3.8	Der Wandelbarkeit des Sterbewunsches eine Chance geben . . . . .	82
3.9	Verhindern von Not – Entscheidungen am Lebensende . . . . .	83
3.10	Zusammenfassung . . . . .	84

---

<b>4</b>	<b>Die juristischen und politischen Rahmenbedingungen des assistierten Suizids</b> . . . . .	89
	<i>Ueli Nef</i>	
4.1	Einleitung . . . . .	90
4.2	Begrifflichkeiten . . . . .	91
4.3	Vorgaben in der Europäischen Menschenrechtskonvention . . . . .	93
4.4	Die Rechtslage in der Schweiz . . . . .	95
4.4.1	Verfassungsrecht . . . . .	95
4.4.2	Gesetzesrecht: Strafrechtliche und gesundheitsrechtliche Normen . . . . .	96
4.4.3	Strafrecht . . . . .	97
4.4.4	Gesundheitsrecht . . . . .	103
4.4.5	Assistierter Suizid bei psychischen Erkrankungen durch Ärztinnen und Ärzte . . . . .	106

4.5	Ein Blick über die Grenze . . . . .	110
4.5.1	Deutschland . . . . .	110
4.5.2	Österreich . . . . .	111
4.5.3	Niederlande . . . . .	112
4.5.4	Belgien . . . . .	112
4.6	Zusammenfassung und Bewertung . . . . .	112
<hr/>		
<b>5</b>	<b>Alt und lebensmüde? Suizidalität im Alter . . . . .</b>	<b>117</b>
	<i>Bernadette Ruhwinkel</i>	
5.1	Statistischer Überblick zur Situation bei älteren Menschen . . . . .	118
5.2	Die juristische Seite . . . . .	120
5.3	Fragen zum assistierten Suizid für ältere Menschen . . . . .	121
5.3.1	Depressionen im Alter . . . . .	122
5.3.2	Der Sterbewunsch älterer Menschen . . . . .	124
5.4	Das Sterben ändert sich . . . . .	126
5.4.1	Die Begleitung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach assistiertem Suizid . . . . .	126
5.4.2	Prägung durch negative Altersbilder . . . . .	128
5.4.3	Das Leben abrunden . . . . .	129
5.4.4	Wird das Leben bis zum normalen Sterben zur Ausnahme? . . . . .	130
5.5	Über den Tod und das Sterben sprechen . . . . .	131
5.6	Vergessen wir die Angehörigen nicht . . . . .	133
<hr/>		
<b>6</b>	<b>Ambivalenzen beim Wunsch nach assistiertem Suizid. Kritische Anmerkungen zur ethisch-religiösen Argumentation in einer kontroversen Debatte . . . . .</b>	<b>139</b>
	<i>André Böhning</i>	
6.1	Die konkrete Frage nach der Würde . . . . .	142
6.1.1	Die Normativität und Intention von Würde . . . . .	142
6.1.2	Geschichte und Bedeutung eines normativen Verständnisses von Würde . . . . .	144
6.1.3	Inhärente Würde theologisch begründet . . . . .	145
6.1.4	Das individuelle Verständnis von Würde . . . . .	148
6.1.5	Ein Paradox der individuellen Würde . . . . .	149
6.1.6	Neuorientierung angesichts von Krankheit und Tod . . . . .	152
6.1.7	Würdeempfinden und Selbstwert . . . . .	153
6.1.8	Würde aus der Mitte der Gesellschaft . . . . .	154
6.1.9	Assistierter Suizid – christlich oder unchristlich? . . . . .	156

6.2	Autonomie – ihr Paradox und seine Auflösung . . . . .	158
6.2.1	Bedeutung und Definition von Autonomie . . . . .	158
6.2.2	Autonomie und assistierter Suizid . . . . .	161
6.2.3	Rollenverteilungen im konkreten Fall . . . . .	162
6.3	Fazit . . . . .	163
<hr/>		
<b>7</b>	<b>Die Bestimmung der Urteilsfähigkeit bei psychischer Erkrankung</b> .	167
	<i>Christiane Thomas-Hund</i>	
7.1	Einleitung anhand eines konkreten Patientenfalls . . . . .	168
7.2	Grundsätzliches . . . . .	170
7.3	Was bedeutet Urteilsfähigkeit? . . . . .	172
7.4	Der Beurteilungsprozess . . . . .	172
7.4.1	Besondere Beurteilungssituationen . . . . .	174
7.5	U-Doc-Formular zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit . . . . .	178
<hr/>		
<b>8</b>	<b>Assistierter Suizid in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung – ein (klinisch und ethisch) komplexes Fallbeispiel</b> . .	185
	<i>Ulrich Hemmeter</i>	
8.1	Einleitung . . . . .	186
8.2	Biografie des Patienten . . . . .	186
8.3	Krankheitsanamnese . . . . .	187
8.4	Psychische Erkrankungen . . . . .	187
8.4.1	Aktuelle Krankheitsentwicklung seit 2018 . . . . .	189
8.4.2	Verlauf des stationären Aufenthalts nach Kontakt mit Exit . .	194
8.4.3	Ambulante Weiterbehandlung ab September 2018 . . . . .	197
8.5	Diskussion . . . . .	199
8.5.1	Klinische und klinisch-ethische Problematik des Falls . . . . .	199
8.5.2	Ethische Problematik des Wunschs nach Sterbehilfe bei psychiatrischer Erkrankung . . . . .	201
8.5.3	Bewertung der Urteilsfähigkeit anhand der Richtlinien der SAMW . . . . .	202
<hr/>		
<b>9</b>	<b>Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Die strafrechtliche Perspektive in Deutschland</b> . . . . .	207
	<i>Rudolf Rengier</i>	
9.1	Abgrenzung zwischen strafbarer Fremdtötung und straflosem assistiertem Suizid . . . . .	208

9.2	Konstellationen des assistierten Suizids durch aktives Tun und durch Unterlassen . . . . .	209
9.2.1	Aktives Tun . . . . .	209
9.2.2	Unterlassen . . . . .	209
9.3	Suizidkonstellationen in den Bereichen der indirekten und passiven Sterbehilfe . . . . .	209
9.3.1	Indirekte Sterbehilfe . . . . .	210
9.3.2	Passive Sterbehilfe einschließlich Sterbehilfe durch (mutmaßlich) einverständlichen Behandlungsabbruch . . . . .	210
9.4	Das Kriterium der Freiverantwortlichkeit . . . . .	211
9.4.1	Rechtsprechung des BGH . . . . .	211
9.4.2	Bundesverfassungsgericht . . . . .	212
9.4.3	Literatur . . . . .	213
9.4.4	Spezielle Situation bei psychisch Erkrankten . . . . .	213
9.5	Bedeutung und Reichweite von Patientenverfügungen . . . . .	214
9.5.1	Die wesentlichen gesetzlichen Vorschriften . . . . .	214
9.5.2	Folgerungen . . . . .	215
9.6	Die Verfassungswidrigkeit des § 217 dStGB . . . . .	218
9.7	Fallbeispiele . . . . .	219
9.8	Noch ein Blick in die Zukunft . . . . .	222
<hr/>		
	<b>Die Autorinnen und Autoren</b> . . . . .	223
<hr/>		
	<b>Sachwortverzeichnis</b> . . . . .	225



# Geleitwort

Als Teilgebiet der Medizin ist die Psychiatrie eine wissenschaftliche Disziplin, und das ist gut so. Zugleich ist sie besonders eng und auf eine komplexe Art verschränkt mit ethischen, rechtlichen und, generell, gesellschaftlichen Aspekten. Schon die basale (und doch so praxisrelevante) Frage, was denn eine psychische Erkrankung sei, wird je nach wissenschaftlichem und kulturellem Kontext markant unterschiedlich beantwortet.

Medizin ist eine Handlungswissenschaft, kommt es doch in Diagnostik und Therapie darauf an, professionelles Wissen und daraus abgeleitete Fähigkeiten auf die erkrankte Person und ihren Werthorizont zu beziehen. Gerade die Psychiatrie ist nur als eine solche „interpersonale Handlungswissenschaft“ denkbar. Unabhängig von der konkreten Fragestellung stellt die vertrauensvolle, belastbare und reflektierte therapeutische Beziehung eine *conditio sine qua non* dar, die, wie Untersuchungen immer wieder zeigen, entscheidenden Einfluss auf das Behandlungsergebnis nimmt.

Beide Facetten der Psychiatrie, ihre „externe“ gesellschaftliche Einbettung sowie ihre besondere „interne“ Verwiesenheit auf die Interpersonalität, haben zur Folge, dass sich unser Fach diesen vielschichtigen Fragen kontinuierlich auszusetzen hat. Ein solcher Prozess wird nachhaltig und differenziert sein müssen, denn die verhandelten Themen verweigern sich jeder voreiligen Antwort. Konkreter: Nimmt die Psychiatrie diese „Anstrengung des Begriffs“ nicht oder nur halbherzig auf sich, wird sie wissenschaftlich flacher und therapeutisch schwächer.

Was das mit dem Thema „assistierter Suizid“ zu tun hat? Sehr viel, denn die in den letzten Jahren in Psychiatrie *und* Öffentlichkeit auflebende Diskussion über „Sterbehilfe“, „physician-assisted death“ (PAD) oder „medical assistance in dying“ (MAiD) ist geradezu ein Paradebeispiel für das obige Postulat. Dabei gilt es, die formale und die inhaltliche Seite im Auge zu behalten: Zum einen, der *formale*

Aspekt, darf es keinen Raum geben für dogmatische Rigidität und unangemessene Vereinfachung. Zum anderen müssen die vielfältigen *inhaltlichen* Spannungsfelder präzise benannt und transparent bearbeitet werden.

Ich nenne einige Beispiele:

- Wie gestalten wir die Balance zwischen den grundlegenden medizinethischen Werten der Patientenautonomie und der Fürsorge?
- Wie stellen wir sicher, dass auch im Kontext des assistierten Suizides körperliche und psychische Erkrankungen im Grundsatz gleichgestellt werden (denn alles andere wäre diskriminierend)?
- Wie – vielleicht die schwierigste, weil „persönlichste“ Frage – finden wir zu einer zuverlässigen Beurteilung, ob ein Sterbewunsch auf einer abgewogenen autonomen Entscheidung beruht oder wesentlich, wenn nicht gänzlich auf einen durch die psychische Erkrankung substanziiell veränderten personalen Werthorizont gründet?
- Schließlich, mit Blick auf das Selbstverständnis des ärztlichen Berufes: Können der Schutz des Lebens, von jeher kardinaler Bestandteil der Medizinethik, und eine (wie auch immer gestaltete) „medizinische Assistenz zum Sterben“ widerspruchsfreie Elemente ärztlichen Handelns sein?
- Wenn Letzteres möglich sein sollte, wie verhindern wir eine schleichende Erosion ethischer Prinzipien durch die Entproblematisierung des assistierten Suizides, der dann, sei es gewollt oder ungewollt, als „normaler“ Bestandteil des ärztlichen Berufes wahrgenommen würde? Denn dies könnte gerade mit Blick auf schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen („severe and persistent mental illness“, SPMI) ein bedenkliches gesellschaftliches Zeichen setzen („slippery slope-Argument“).

Das sind viele und zweifellos anspruchsvolle Fragen. Und dennoch: Wir, das gesamte medizinische Feld und damit auch die Psychiatrie, *müssen* uns ihnen stellen, und zwar sowohl hinsichtlich der Identität einzelner Berufsgruppen als auch in dezidiert berufsgruppenübergreifender Perspektive. Das Thema gehört eben notwendig zur Psychiatrie und kann nicht vollständig an „die Ethik“ oder „das Recht“ delegiert werden. Ziel eines solchen Diskurses kann aber nicht sein, einen Konsens zu erzwingen, der ohnehin nur ein Pseudokonsens wäre und denjenigen Fachpersonen nicht helfen würde, die Entscheide im Kontext des assistierten Suizides zu treffen und (notabene vor anderen *und* vor sich selbst) zu vertreten haben. Es braucht vielmehr eine Debattenkultur, die das Gespräch auch im Dissensfall ermöglicht und so tragfähige Grundlagen schafft, um trotz bestehender Wertekonflikte im Einzelfall zu einer angemessenen personenzentrierten Lösung zu gelangen.

Der vorliegende Band beschreitet diesen Weg und zeigt damit Respekt vor dem Thema: Er formuliert die für unser therapeutisches Handeln entscheidenden Fragen, stellt divergierende, aber substantiell begründete Antworten vor und fordert zum konsequenten Weiterdenken auf, sei es in theoretischer Hinsicht oder mit Blick auf konkrete Abwägungsprozesse in den psychiatrischen Stationen, Ambulatorien oder Praxen. Genau das ist vonnöten, denn abgeschlossen wird diese Debatte nie sein.

Im November 2019

*Paul Hoff, Zürich*



# Ein nicht klassisches Vorwort

An der kleinen Michaels-Kapelle auf dem alten Friedhof in Freiburg im Breisgau ist in deren Vorhalle eine kleine Bilderserie zu betrachten: ein gemalter Totentanz. „Media vita in morte sumus!“ könnte der Titel dieser Serie lauten. Mitten im Leben sind wir vom Tod umfungen! Die Bilder zeigen, dass uns der Tod in jeder Lebenssituation, von der Wiege bis ins hohe Alter begleitet, ereilen kann und sich zu seiner Zeit ereignet. Er wirkt dort wie ein Lebensbegleiter und unberechenbarer Zeitgenosse, der kommt, wann er will, ungefragt, manchmal verflucht oder erlösend ersehnt.

Über Jahrtausende sind Sterben und Tod eines Menschen etwas „Vertrautes“, nahezu Alltägliches und Selbstverständliches. Das gesellschaftliche Sozialgefüge kennt nicht die individualisierte Lebensform der heutigen Zeit. Das Selbstverständnis ist primär durch den sozialen Rahmen, die Familie, die Dorfgemeinschaft, die Religion u. v. m. geprägt. Das engere Sozialgefüge ist für die Pflege und Fürsorge verantwortlich, was die Verwandten mit psychischen Beeinträchtigten einschließt. Der Tod wird tröstend im Wissen und Glauben aufgefangen, dass die eigene Geschichte im geschaffenen Werk und/oder durch die jüngere Generation lebendig bleibt. Die familiäre Gemeinschaft spendet Trost und Halt. Sterben und Tod sind dabei nicht weniger traurig oder dramatisch. Sie wirken genauso bedrohlich und gefährden Existenzen. Eine soziale Absicherung besteht oft nicht. Ängste bestehen vorwiegend vor dem Scheintod oder der Hölle.

Müsste man über das heutige Verständnis von Sterben und Tod in Westeuropa eine neue Bilderserie malen, wäre diese grundlegend anders. Der Tod wird seit dem letzten Jahrhundert weitgehend tabuisiert und seine dunkle Seite betont. Die Palliativ- und Hospizbewegungen leisten einen erheblichen Beitrag dazu, dass Sterben und Tod nicht mehr im gleichen Ausmaß aus dem Leben verbannt wer-

den. Die Erkenntnis mag ein klein wenig mehr gereift sein, dass man nicht gleich stirbt, wenn man über das Sterben redet, sondern dass das Sterben etwas leichter wird, wenn man es in Worte und Gesten kleidet. Die Gespräche bleiben dennoch schwer und zugleich nachhaltig erleichternd, wenn sie geführt sind. „Gott sei Dank haben wir das mal besprochen“, heißt es dann oft.

Der medizinische Fortschritt ist im Vergleich zu früher erheblich und bringt Linderung. Die Lebenserwartung und -qualität in der Krankheit stieg. Eine diffus wirkende Art der positivistischen Wissenschaftsgläubigkeit ersetzt für viele die Religion. Das Bewusstsein, sterblich zu sein, wird von den Bemühungen betäubt, alles tun zu müssen, um das Leben zu erhalten, zu verlängern und so lange wie möglich dem Tod zu entkommen. Dies wurde dank der Palliativmedizin relativiert. Menschen dürfen heute auch sterben, wenn keine Heilung mehr möglich ist, und müssen wenig hilfreiche Operationen nicht über sich ergehen lassen.

Wenn Möglichkeiten der kurativen Medizin am Ende sind, geht es vielen vorwiegend darum, schmerzfrei aus dem Leben zu scheiden. Das Leben darf nicht zum „Dahin-Vegetieren“ verkommen. Die Selbstkontrolle, Selbstbestimmung und „Herr seiner Selbst“ zu bleiben, sind zentrale Bedürfnisse. Ein Kontrollverlust ist das bedrohliche Gegenteil von Autonomie. Diese wird von vielen dann als „kein Leben mehr“ und würdelos empfunden.

Letzteres führte zu der Frage nach dem „Wie“ des Sterbens und dem Umgang damit. Die Errungenschaften der Palliativmedizin versprechen weitgehend, aber nicht 100%ige Schmerzfreiheit und mehr Lebensqualität am Lebensende. Sterbehilfe bzw. der assistierte Suizid sollen als selbstbestimmte Form des Sterbens dabei helfen, dass das Lebensende bei unheilbarer Krankheit kein „Dahin-Vegetieren“, mittels Assistenz beendet wird und schmerzfrei wie würdevoll bleibt. Der Tod kommt nicht mehr, wann *er* will, sondern man führt ihn bewusst herbei. Der einzelne Mensch bestimmt nach eingängiger Behandlung und seinen ethischen Maßstäben für sich, was er noch als würdevoll und lebenswert empfindet, welchen Weg er für sich wählt.

Das ist nicht in allen europäischen Ländern gleich möglich. In Deutschland steht die praktische Ausgestaltung des Umgangs mit dem assistierten Suizid neu an. Dort wie in den meisten westeuropäischen Ländern gilt, dass Autonomie und Selbstbestimmung gesellschaftlicher Mainstream sind. Dem trägt die deutsche Rechtsprechung Rechnung. Das deutsche Bundesverfassungsgericht erklärte in einem Urteil vom 26. Februar 2020 zur Sterbehilfe die Autonomie zum Maßstab für die letzten Lebensdinge. Der einzelne Schwerstkranke darf über sein Leben und Sterben entscheiden und verfügen.

Dies alles macht es aber in der Praxis nicht einfacher, und dieses Buch soll hier eine Unterstützung sein. Es gibt kein Evaluierungsprogramm und keinen definitiven Algorithmus, der kurzfristige Klarheit und eine Entscheidung in eine von Ambivalenzen geprägte Situation bringt. Hier für Klarheit und Einsicht zu sorgen, ist natürlich Teil des Behandlungsauftrags, der dazu beiträgt, dass ein Patient oder eine Patientin nicht zur „beliebig verschiebbaren Figur auf dem Schachfeld“ verschiedener Meinungen und Interessen wird. Der assistierte Suizid ist dabei nicht nur ein individuell reduzierter, sondern immer auch sozialer Akt. Es sind andere Menschen beteiligt und nehmen Einfluss, selbst wenn sie den Einfluss so klein wie möglich halten und die Autonomie fördern wollen.

Wer entscheidet denn aber nun wirklich mit, für wen was wann nach welchen Kriterien und ethischen Maßstäben bei welcher Erkrankung getan wird? Angehörige, die bestenfalls eine Entscheidung ihres schwerst- oder todkranken Verwandten mittragen, die aber auch dagegen sein können und hierbei maßgeblich für die Feststellung des mutmaßlichen Willens sind? Ärzte, auf deren Selbst- und Berufsverständnis Sterbehilfe eine Auswirkung hat, die sich in überwiegender Zahl zuerst dem Lebenserhalt verpflichtet fühlen? Paragrafen, wie der kürzlich abgeschaffte umstrittene § 217 im deutschen Strafgesetzbuch, der für die Medizin noch mehr Verwirrungen erzeugte und diffuse Situationen heraufbeschwor, als es vorher schon gab? Religionen, die ein normatives Verständnis von Würde haben und deren Selbstbestimmung in Relation zu einer transzendenten Größe steht? *Die* Gesellschaft, die vielleicht doch in einer Art Common Sense unbewusst einen kaum definierbaren Druck ausübt, man solle anderen mit der eigenen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nicht zur Last fallen? *Die* Gesellschaft, die Mühe hat zu akzeptieren, dass es Todkranke gibt, die ein Leben führen wollen, dass jeder Gesunde als Strafe empfinde? Kritiker von Sterbehilfeorganisationen, die übersehen, dass diese Organisationen einen wichtigen Dienst in der Gesellschaft leisten, Sicherheit bieten und dass die wenigsten Mitglieder einer solchen Organisation diese in Anspruch nehmen, sondern sich nach einem natürlichen Tod sehnen und diesen erfahren?

Die damit andeutungshaft geschilderte Vielschichtigkeit der Debatte zum assistierten Suizid für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist in diesem Buch zu finden, die wichtigsten medizinischen, therapeutischen, juristischen und ethischen Spannungsfelder und entsprechend die verschiedenen Fachmeinungen dazu.

Es ist auffällig, dass die Debatte über Sterbehilfe für psychisch Kranke in der Psychiatrie bisher weitgehend ver- oder gemieden wurde. Das mag daran liegen, dass diese Anfragen unserer Erfahrung nach quantitativ nicht häufig vorkommen.

Das ist aber auch mit der immer wiederkehrenden strittigen, als unklärbar erscheinenden Frage begründbar, wie stark der Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Entscheidung ist und ob diese bei erfolgreicher Therapie anders getroffen würde. In der Praxis findet man sich in der Ambivalenz wieder, ob der geäußerte Wunsch nach assistiertem Suizid wirklich autonome Entscheidung oder Symptom für die Erkrankung ist. Die Beiträge sollen entsprechend eine Reflexionshilfe und Anregung für die Praxis in Psychiatrie und Psychotherapie bieten, wenn der assistierte Suizid zum Thema wird. Die Krieriologie der Urteilsfähigkeit ist von essenzieller Bedeutung, aber natürlich auch die gesellschaftlichen und juristischen Rahmenbedingungen.

Das vorliegende Buch geht auf eine Tagung zurück, die im Frühjahr 2019 in der Psychiatrie St. Gallen Nord im ostschweizerischen Wil mit hoher Beteiligung stattfand. Die Tagung war zunächst in der Entstehung nicht unumstritten. In einer kantonalen Einrichtung des Kantons St. Gallen ist der assistierte Suizid nämlich nicht erlaubt. So war zuerst der Verdacht auszüräumen, dass wir willentlich einen Beitrag leisten würden, diese gesetzliche Situation aufzuweichen. Dem war nicht so! Daran wird für die deutsche Leserschaft erkennbar, dass in der Schweiz die Situation nicht einheitlich ist, wenn in Deutschland davon gesprochen wird, man fahre „in die Schweiz“. Eidgenossen sind in ihrem Föderalismus „etwas“ exzessiver als ihre nördlichen Nachbarn. Ziel der Tagung war natürlich primär der fachlich überfällige Diskurs zum umstrittenen Thema „Assistierter Suizid für psychisch Kranke“. Die Bedeutung der Thematik und ihrer Praxisrelevanz wird perspektivisch unisono als zunehmend eingeschätzt. In Deutschland wird man inhaltlich in der nun neu zu führenden Debatte von der Schweiz u. a. lernen können, welche langfristige Entwicklung die Debatte über den assistierten Suizid und die Gesellschaft im Diskurs über Sterben und Tod nahm und nimmt.

Ich bin allen Beteiligten, die sich aus ihrem Fachgebiet hier äußern, sehr dankbar, dass Tagung und Buch gelingen konnten. Der Dank gilt Dr. med. Daniel Büche, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Prof. em. Dr. med. Christian Kind, Lic. iur. Ueli Nef, Prof. Dr. phil. Dirk Richter, Dr. med. Bernadette Ruhwinkel und Dr. med. Christiane Thomas-Hund. Zur Struktur des Buches gehört, dass nicht an dieser Stelle, sondern vor jedem Kapitel eine kurze Zusammenfassung des Herausgebers des Kapitelinhalts gestellt ist.

Vor dem Hintergrund einer sich stets entwickelnden Debatte sind sich alle im Klaren, dass weder die Tagung wirklich beendet, noch dieses Buch jemals fertig sein werden. Das war schnell deutlich, als im Februar 2020 das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe zum Paragraphen 217 des Strafgesetzbuchs ge-

sprochen wurde. Es freut mich, dass Prof. em. Dr. iur. Rudolf Rengier zu diesem Buch unabhängig von der Tagung zu einer fachkundigen Einschätzung der neuen juristischen Situation in Deutschland beiträgt.

Ein besonderer Dank sei dem Hogrefe-Verlag und seiner Lektorin Susanne Ristea gesagt, die mit Umsicht und Geduld das Entstehen dieses Werks in schwieriger Zeit ermöglichte und begleitete.

Wil, Juni 2020

*André Böhning*



## 1

# Der Wunsch nach assistiertem Suizid. Ethische Herausforderungen eines polarisierenden Themas

Christian Kind

## Editorial des Herausgebers

Das Patientenwohl ist der zentrale Referenzpunkt eines medizinischen Diskurses. Das gilt als internationaler Standard und in gleichem Maß bezüglich des assistierten Suizids. In diesem ersten Beitrag wird die grundsätzliche Frage behandelt, ob sich der assistierte Suizid mit den Zielen der Medizin grundsätzlich vereinbaren lässt und wie umfassend bzw. diffizil eine Verständigung auf ein gemeinsames Verständnis von Patientenwohl überhaupt ist. In der Summe wird der assistierte Suizid in keiner Situation als das objektiv beste Interesse eines Patienten bzw. einer Patientin verstanden, sondern unter Einhaltung bestimmter Kriterien als ethisch verantwortbar.

Um die Entwicklung dieser Kontroverse zu verstehen, ist ein erster qualitativer und quantitativer Überblick rund um den assistierten Suizid in der Schweiz notwendig. Dass diese Debatte mit allen Beteiligten entlang ideologischer Trennlinien zu führen war und sein wird, wird dabei niemand verwundern. Umgekehrt bedeutet dieser Sachverhalt, dass die Vermittlungsarbeit Kernbestandteil dieses Diskurses ist. Der Autor weiß davon umfassend zu berichten, denn er ist der Vorsitzende der Kommission, die die 2018 erschienenen und kontrovers diskutierte Richtlinien „Umgang mit Sterben und Tod“ der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaft (samw.ch) entwickelte.