

13. Groupe de Travail sur l'Euthanasie, Pôle Ethique et Recherche, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Face à une demande d'euthanasie. Paris 2004.
14. Organisation des nations unies. Déclaration universelle des droits de l'Homme. Paris 1948.
15. Ricot J. Dignité et euthanasie. 1ère Edition. Nantes: Editions Pleins Feux; 2003
16. Petit Larousse illustré. Paris 2001.
17. Association suisse des infirmières et infirmiers, Fédération des médecins suisses, Les soins dans la période terminale de la vie, déclaration commune. Bern 2001.
18. Fédération des médecins suisses (FMH). L'assistance au suicide n'est pas l'assistance au décès. Bern 2008.
19. Académie suisse des sciences médicales, directives médico-éthiques du 25 novembre 2004. Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, version française. Infokara. 2006; 21(4): 175-8.
20. Raggenbass R, Kuhn H, L'aide au suicide n'est pas un droit humain. Bulletin des médecins suisses, 2007; 11:455-6.
21. Académie suisse des sciences médicales. Assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus. Bern 2006.
22. Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, L'assistance au suicide, prise de position. 2005; 9.
23. Wasserfallen JB. L'assistance au suicide n'a pas portes ouvertes au CHUV. CHUV magazine. 2006; 1:2-3.
24. Déramé L, Paillet D, Pautex S, Directives anticipées dans les unités de soins palliatifs. Rev Med Suisse. 2008; 145: 467-9.

Settimio Monteverde^a

Die Praxis des assistierten Suizids im Spannungsfeld zwischen Bürokratisierung und Medikalisierung

_Standpunkt

a Seminar am Bethesda Basel, Fachstelle Ethik, Basel

Der Umgang mit Sterben und Tod hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem wichtigen Handlungsfeld der Medizin, und damit auch der Medizinethik, entwickelt. Anzeichen des Sterbens müssen erkannt und gedeutet werden, und dies umso mehr, je mehr die Medizin auf den natürlichen Verlauf des Sterbens Einfluss nehmen kann. Ein solcher Deutungsprozess ist nicht frei von normativen Annahmen, die Aussagen darüber machen, welchen Formen des zugelassenen Todes die jeweilige Gesellschaft akzeptiert, ohne sich in ihrem Zusammenhalt bedroht zu fühlen und welche Rolle sie den darin involvierten Personen und Berufsgruppen zuschreibt.

Kritik der Suizidbeihilfe versus Kritik des Suizids

In einem viel beachteten Leitentscheid von November 2006 hält das Schweizerische Bundesgericht fest, dass es zwar kein Recht auf Suizidhilfe gebe, aber sehr wohl ein Recht des Individuums, über Art und Zeit des Todes zu entscheiden (BGE 133 I 58 / 03.11.2006).¹ Die Unterscheidung macht einen neutralen Punkt der Diskussion deutlich: Eine Kritik an der Praxis des assistierten Suizids sollte sich sachbezogen auf reale oder befürchtete Missbräuche und diesbezüglich formu-

lierte Schwellenargumente beziehen. Ist sie dies nicht und geht es ihr im Grunde genommen um etwas ganz anderes, nämlich um eine Kritik am «rationalen» *Suizid als solchem*, droht über die Diskussion über die Suizidbeihilfe eine verdeckte «Remoralisierung» des Suizids, was die Evolution in Recht und Moral um Jahrzehnte zurückbringen würde.

Vom zugelassenen zum geplanten Tod

In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass sich der Übergang vom *zugelassenen* Tod, wie er sich in den Formen der passiven und indirekt aktiven Sterbehilfe zeigt, zum *geplanten* Tod, wie er sich paradigmatisch in der aktiven Tötung auf Verlangen und im assistierten Suizid zeigt, keineswegs nahtlos vollziehen lässt: Er wirft komplexe Fragen auf, die prozedural-praktischer, medizinischer, juristischer, sozialer sowie (berufs-) ethischer Natur sind, allen voran die Frage nach der Reichweite autonomen Handelns im Bezug auf Akte, die irreversibel sind, das Leben betreffen und – obwohl Ausdruck von Selbstbestimmung – zu deren Ausführung der Handlung oder Hilfe anderer Menschen bedürfen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlichte 2004 Richtlinien für die Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. In ihnen wird zunächst bestätigt, dass Suizidbeihilfe nach wie vor kein Bestandteil

1 Raggenbass R, Kuhn H. Kein Menschenrecht auf ärztliche Suizidhilfe. Natrium-Pentobarbital bleibt rezeptpflichtig – Kommentar zum Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2006 2A.48/2006; 2A66/2006. Schweiz Ärztztg 2007;88:455-6. Ein Kommentar aus ethischer Sicht bietet Rehmann-Sutter C. Was bedeutet das «Recht auf den eigenen Tod»? Ein ethischer Kommentar zur Auslegung der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) durch das Schweizerische Bundesgericht im jüngsten Suizidbeihilfe-Urteil. Schweiz Ärztztg 2007;88: 1109-12.

ärztlicher Tätigkeit ist.² Gleichzeitig wird aber ein Verständnis für Situationen gezeigt, in denen die Pflichten des Arztes zwischen Lebenserhalt und Linderung unerträglichen Leidens kollidieren können. Bei solchen Pflichtenkollisionen soll es dem Arzt möglich sein, dem eigenen Gewissen zu folgen und gegebenenfalls Suizidbeihilfe leisten zu können, falls der Patient ihn darum ersucht, ohne standesethisch dafür verurteilt zu werden. Damit verbindet die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften die Strafnorm, welche einzig Umstände der Strafbarkeit der Suizidbeihilfe beschreibt, mit Anwendungsszenarien im medizinischen Kontext. Sie knüpft dadurch Kriterien *geplanten* Sterbens an solchen *erlaubten* Sterbens, d.h. an Situationen, die Dieter Birnbacher treffend mit *paradigmatic euthanasia conditions* benannt hat.³ Die SAMW anerkennt also einerseits den gesetzlichen Rahmen an, bestätigt aber die klassische restriktive Haltung des Berufsethos und beschränkt die Suizidbeihilfe auf Situationen, in denen alternativ auch Formen legaler und moralisch erlaubter Formen der Sterbehilfe, nämlich die passive und die indirekt aktive, bestünden. Auf diese Weise wurde eine Medikalisierung des Suizids bewirkt sowohl im Bezug auf die Akteure als auch im Bezug auf die Mittel: Erstens bedarf es einer spezifisch ärztlichen Expertise, um Situationen erlaubten Sterbens zu diagnostizieren, in denen der Arzt dem eigenen Gewissen folgen und dem Patientenwunsch stattgeben darf. Zweitens wird der Arzt diejenigen – in der Regel dem Betäubungsmittelgesetz unterstehenden – Mittel verordnen, die er unter Ausübung seiner Sorgfaltspflicht als geeignet erachtet, um dem Patienten diese Handlung möglichst frei an Leiden zu ermöglichen. Die Argumentation, dass der Arzt, der dem Suizidwilligen Beihilfe leistet, dies als «Privatperson» tue, ist deshalb nur bezüglich der Freiwilligkeit schlüssig, nicht aber bezüglich der fachlichen und beruflichen Expertise, die er für diese Aufgabe benötigt.

Was es jedoch für die Ärzteschaft langfristig bedeutet, in einer solchen Gutachter- und Betreuungsfunktion zu stehen, gerade im Wissen um die Konsequenzen für den Suizidwilligen, stellt ein ernst zu nehmendes Problem dar, das mit den Merkmalen «persönlicher Gewissensentscheid» und «Handeln als Privatperson» nur ungenügend beleuchtet ist.⁴ Anzunehmen ist, dass mit steigender Bürokratisierung auch die Tendenz gefördert wird, alternative Wege zu gehen, die weniger «bürokratisch» sind, sich juristisch und ethisch aber innerhalb von «Grauzonen» bewegen können, aber aufgrund der Bewertungsasymmetrie zwischen den verschiedenen Formen der Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid nicht als problematisch erlebt werden.⁵ Dies trifft sowohl für die ärztliche als auch nichtärztliche organisierte Suizidbeihilfe zu: Verwaltungsrechtliche Hürden und verschärfte Kontrollmechanismen dürften wieder neue Missbräuche, so etwa in Form kontroverser Selbsttötungsmethoden, heraufbeschwören. Nur ein vernünftiges Mass an Regelung verbunden mit einer Betreuung durch Berufspersonen, die dafür notwendige menschliche, aber auch fachliche und technische Kompetenzen aufweisen, bietet langfristig die Gewähr, Missbräuche zu verhindern.

Korrespondenz

Settimio Monteverde, lic. theol., MAE, Anästhesiepfleger
Seminar am Bethesda Basel, Fachstelle Ethik
Gellertstrasse 144
CH-4020 Basel

e-mail: settimio.monteverde@bethesda.ch

Thesen

1. Es bedarf einer Entflechtung und Klärung des Verhältnisses von assistiertem Suizid und Formen der Sterbehilfe.

Beschreibt man Sterbehilfen als Handlungen oder Unterlassungen, die den Tod eines Menschen beschleunigen können, besteht beim Suizid die Schieflage, dass die Tatherrschaft voll und ganz beim Suizidwilligen liegen muss, um strafrechtlich und moralisch privilegiert behandelt zu werden.

- Die Subsumption des assistierten Suizids unter Massnahmen der Sterbehilfe kann zunächst in deskriptiver Hinsicht einfach besagen, dass im Bezug auf das Ergebnis der Handlung der Tod des Sterbewilligen zugelassen wird.
- Sie kann ferner im Bezug auf den *Adressatenkreis* besagen, dass es sich bei Suizidwilligen um Sterbende in *paradigmatic euthanasia conditions* handelt, welche von dieser Form zugelassenen Sterbens Gebrauch machen wollen. Dahinter steckt die These, dass der assistierte Suizid nur dort zum Einsatz kommen soll, wo es alternativ auch andere Formen des zugelassenen Sterbens gibt, die rechtlich und moralisch «verankert» sind.

2 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW 2004, vgl. auch Fischer J. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe. *Ethik Med* 2004;16:165–69.

3 «(1) The patient is in an irreversible state of terminal illness, (2) The patient suffers intolerably, (3) The patient explicitly wishes to die, (4) This wish is not only momentary but also constant.» In: Birnbacher D, Gahl E. (Hrsg.) *Giving Death a Helping Hand. Physician-Assisted Suicide and Public Policy. An International Perspective.* Dordrecht: Springer; 2008. Preface S. 4.

4 Bosshard G. Sterbehelfer – eine neue Rolle für Europas Ärzteschaft? *Schweiz Ärztztg* 2008; 89: 406–10; Gmür M. Suizidbeihilfe und Urteilsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. *Schweiz Ärztztg* 2008; 89: 1–7.

5 «... Allerdings zeigt die Entwicklung der letzten Jahren in den Niederlanden nicht nur eine anhaltende Unwilligkeit der Ärzte, Fälle von geleiteter Euthanasie den Behörden zu melden, sondern auch eine Rückkehr zu Praktiken, wie zum Beispiel der sogenannten terminalen Sedation, die als normale medizinische Massnahmen am Lebensende akzeptiert sind und bei denen auch keine Pflicht zur Meldung an die Behörden besteht.» In: Bosshard G. a.a.O., S. 409.

- c. Versteht man schliesslich Sterbehilfe, in Anlehnung an den z.T. vorherrschenden Sprachgebrauch des Begriffes *euthanasia* in der englischsprachigen Literatur, als aktive Sterbehilfe, ist klar, dass sich hinter einer solchen Subsumption ein Urteil über die moralische Zulässigkeit einer solchen Handlung verbirgt.

Eine solche Klärung führt notwendigerweise zu konkreten Aussagen darüber, welche Formen *geplanten* Sterbens die Gesellschaft auch als Formen *zugelassenen* Sterbens zu akzeptieren bereit ist.

2. *Es bedarf einer Entflechtung und Klärung des Verhältnisses von assistiertem Suizid und Palliative Care.*

Unwiderrspochen bleibt die suizidpräventive Wirkung palliativer Massnahmen bei Menschen, die aufgrund einer mangelhaften Symptomtherapie, einer ungenügenden Vernetzung von Diensten oder sozialem Druck den Weg des assistierten Suizids wählen und durch eine Optimierung der Betreuung davon absehen. Eine Regulierung von Sterbehilfe und assistiertem Suizid kommt deshalb nicht umhin, einen *palliative filter*, d.h. palliative Expertise, Massnahmen und deren Evaluation, einzufordern (vgl. den *Oregon Death With Dignity Act* im Bezug auf den ärztlich assistierten Suizid und den *Belgian Euthanasia Act* im Bezug auf die aktive Sterbehilfe auf Verlangen). Schwierig sind aber jene Situationen, wo Massnahmen der Palliation bereits bestehen, ausgeschöpft sind oder der Patient nicht davon Gebrauch machen möchte⁶ und der Wunsch nach assistiertem Suizid persistiert. Genau solche Situationen bilden den Hintergrund der oben erwähnten SAMW-Richtlinien. Der Rekurs auf die Möglichkeiten von Palliative Care zur Suizidprävention ist zweifellos eine notwendige, aber nicht immer eine hinreichende Bedingung, um dem Wunsch von Suizidwilligen in seiner existentiellen Dimension gerecht zu werden.

3. *Es bedarf einer Entflechtung, Klärung und moralischen Gewichtung verschiedener «Ausstiegsszenarien» am Lebensende.*

Therapieverzicht und -abbruch, aktive Sterbehilfe auf Verlangen, palliative Sedierung und bewusste Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit werden nebst der Suizidbeihilfe als Formen medizinisch assistierten Sterbens, resp. als Formen zugelassenen Sterbens diskutiert.⁷ Wo Formen aktiver Sterbehilfe und assistierter Suizidbeihilfe legalisiert, resp. strafbefreit sind, ist nicht immer ersichtlich oder nachvollziehbar, ob – bei bestehenden Alternativen – auch der moralisch weniger kontroverse, resp. konsensfähigere Weg gewählt wird. Ein solches Prinzip der Subsidiarität könnte z.B. besagen, dass aktive Sterbehilfe auf Verlangen, wo diese legal oder strafbefreit ist, nur dann zum Einsatz kommt, wenn andere, weniger kontroverse Formen nicht anwendbar, resp. vom Betroffenen nicht erwünscht sind. Dies setzt freilich eine Diskussion über konsensfähige Priorisierungen voraus, die ethische Grauzonen *aller* Formen medizinisch assistierten Sterbens, also auch der legalen und moralisch nicht kontroversen, beleuchtet.

4. *Es bedarf einer Klärung der berufsethischen Verankerung des assistierten Suizids.*

In der gemeinsamen Erklärung des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer SBK und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH bestätigen die beiden Verbände, dass «die Praxis der Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zur Selbsttötung nicht Teil des medizinischen und pflegerischen Auftrags sind».⁸ Ob diese Aussage im deskriptiven oder im normativen Sinne zu verstehen ist, bleibt offen. Sie kann jedoch nicht heissen, dass ärztliches und pflegerisches Handeln am Lebensende keine lebensverkürzenden Effekte hat, denn solche werden in der Endphase des Lebens vorhergesehen, resp. in Kauf genommen, wenn sie dazu dienen, Leiden zu lindern. Doch eine eigentliche Begründung dieser Bewertungsasymmetrie ist bisher ausgeblieben. Klar ist, dass dem *physician assisted suicide* ein Handlungskonzept zu Grunde liegt, dass sich im Bezug auf das Delegationsprinzip ärztlich-pflegerischen Handelns nicht umsetzen lässt. Die Dichotomie zwischen dem Arzt als «Privatperson», der aus Gewissensgründen dem assistierten Suizid zustimmt, und dem Arzt als «Berufsperson», die ihn aus professionellen Gründen ablehnt, ist irreführend, denn sie verortet das Gewissen einzig in der privaten Sphäre. Es bedarf folglich eines intra- und interdisziplinären Dialogs darüber, wie sich Fachpersonen der Forderung nach neuen Formen selbstbestimmten Sterbens stellen möchten, aber auch eines Dialogs mit der Gesellschaft über damit verbundene Rollenzuweisungen.

6 Vgl. dazu: Gastmans C et al. Facing requests for euthanasia: A clinical practice guideline. *J Med Ethics* 2004; 30: 212–217 / Lemiengre J et al. Ethics policies on euthanasia in hospitals – A survey in Flanders (Belgium). *Health Policy* 2007; 84:170–180 / Lindsay RA: Oregon's Experience: Evaluating the Records. *Am J Bioeth* 2009; 9: 19–27.

7 Quill TE: Physician-Assisted Death in the United States: Are the Existing «Last Resorts» Enough? *Hastings Cent Rep* 2008; 5:17–22.

8 Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens – eine gemeinsame Erklärung des SBK und der FMH, 2001. Dieses und weitere Dokumente sind unter www.sbk-asi.ch abrufbar.

Jean-Pierre Wils^a

«Assistierter Suizid»

_Standpunkt

a Fakultät der Religionswissenschaft, Radboud Universität Nijmegen

Die Wertung des *physician-assisted suicide* hat in den vergangenen Jahren eine vorsichtige Wandlung durchgemacht. Lange Zeit galt er als unmoralisch und als im Widerspruch stehend zum geltenden ärztlichen Ethos. Nun ist der Suizid beispielsweise in Deutschland nicht strafbar und auch die Beihilfe oder so genannte Anstiftung zu ihm ist es nicht. Nach einem vollzogenen Suizidversuch macht sich jedoch der Zeuge strafbar und er kann wegen unterlassener Hilfeleistung belangt werden, falls er nicht zugunsten des Weiterlebens des Betroffenen einschreitet. Der Zeuge wird nun zum «Garanten», der verpflichtet ist, eine mögliche und zumutbare Hilfe zu leisten, sobald der Betroffene bewusstlos geworden ist und die Tatherrschaft über das von ihm veranlasste Geschehen verloren hat. Im Falle der Anwesenheit von einem Arzt muss dieser im Grunde immer von der fehlenden Eigenverantwortung eines Patienten ausgehen, erst Recht, wenn der Betroffene dem Arzt nicht bekannt ist. Allerdings lässt die Rechtsprechung in Deutschland im Falle eines ersichtlich freien Suizids dem Arzt gewisse Spielräume: Er darf bestimmte Rettungsmassnahmen unterlassen. Aber auch hier hat der Wille des Betroffenen, in casu seine Autonomie keinen wirklich verbindlichen Status.

Wie bereits erwähnt wird die Hilfe bei der Selbsttötung von den ärztlichen Standesorganisationen meistens als «unärztlich» abgelehnt. Anders als dies mittlerweile bei Juristen der Fall ist, hat es den Anschein, dass die ärztliche Assistenz beim Suizid, der ohnehin oft als Unglücksfall gewertet wird, von den Ärzten in der Mehrzahl immer noch verworfen wird. So wie der Suizid demzufolge die standesethische Pflicht zur Hilfeleistung und zur Lebensrettung aktiviert, gilt auch bei dem Wunsch eines Menschen nach ärztlicher Hilfe bei der Selbsttötung, dass das Standesethos eine Beihilfe verbietet. Ohnehin wird die Suizid-Problematik von Begriffen wie «Prävention» und «Therapie» geprägt und wird die Tötungsabsicht bzw. der Sterbewunsch generell als ein Zustand gewertet, der als pathologisch und deshalb als therapie- und behandlungsbedürftig zu interpretieren ist. Der Jurist Jochen Vollmann hat deshalb vor Jahren zu Recht moniert: «Wegen dieser normativen Abwertung der Selbsttötung per se und des ärztlichen Ethos des Lebenserhalts spielt in der klinischen Praxis, trotz Straflosigkeit, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung eine untergeordnete Rolle, die nicht offen diskutiert wird.»

Natürlich ist die Wertung des *physician-assisted suicide* ganz und gar abhängig von der Wertung der Selbsttötung überhaupt. Dabei überwiegt in der Gegenwart unter dem Einfluss der Psychologisierung der Selbsttötung ihre Wertung als pathologisch. Nun sollte diese Feststellung keineswegs als Kritik an psychologisch geschulte Präventivmassnahmen oder an Therapieangebote für Menschen verstanden werden, die entweder in hohem

Masse suizidgefährdet sind oder einen Suizidversuch bereits unternommen haben. Wohl aber darf die Selbstverständlichkeit bezweifelt werden, mit der nahezu *alle* Suizidversuche und Suizidabsichten als krankhaft eingestuft werden. Die Aufmerksamkeit sei deshalb kurz auf die Geschichte und die Argumentationen im Hinblick auf den Suizid gerichtet.

Nun kann man in der Europäischen Geschichte mittels einer gewissen Stilisierung (und also auf Kosten einer komplexeren Darlegung) zwei grosse Strömungen unterscheiden, die sich mit der Wirkungsgeschichte des Christentums einerseits und dem anhaltenden Einfluss der Antike andererseits verbinden lassen. Die griechisch-römische Antike hat im Ganzen – abgesehen von signifikanten Ausnahmen – eine eher liberale und tolerante Haltung dem Suizid gegenüber eingenommen. Selbsterhaltung (um jeden Preis) war weitgehend unbekannt. Das Selbstverhältnis des Menschen galt in moralischer Hinsicht als geprägt von einer therapeutischen Gestaltungsaufgabe. Körper und Seele waren Gegenstand von Gesundheitserwägungen, die das rechte Mass, also die Abwendung einer jeden Übertreibung beabsichtigten. Dies galt im besondern für Schmerz und Leiden. Auch hier kam es darauf an, das Übermass zu vermeiden und falls die Leiden nicht anders als durch Selbsttötung beendet werden konnten, durfte letztere – also die Selbsttötung – akzeptiert werden. Religiöse Leidensdeutungen und Schmerzsublimationen waren weitgehend unbekannt. Das änderte sich aber radikal nach dem Triumphzug des Christentums.

Letzteres kennt keinerlei Anerkennung oder gar Duldung von Eingriffen in den Körper, es sei denn, diese dienen der Selbsterhaltung und der Kontinuität des Lebens. Daher wird der Suizid rundweg abgelehnt und gleichsam als Attentat auf die Besitzrechte Gottes an den von ihm geschaffenen Menschen gedeutet. Die Zeit des Menschen ist die ihm von Gott verliehene Zeit und letztere ist dem Menschen unbekannt. Schon früh wird die Metapher des Geschenks bemüht, die besagt, dass das Leben ein Geschenk seitens seines Schöpfers darstellt und dieses nicht kraft eigener Verfügung zurückgegeben werden darf. Beide Argumente stossen jedoch bei genauerem Hinsehen auf Schwierigkeiten. Wenn der Suizid untersagt ist, leuchtet nicht ein, weshalb die frühen Christen nicht selten dazu aufgefordert werden, den Opfertod zu suchen. Woher wollen diese Christen wissen, dass ihr Martyrium der göttlichen Frist immer entspricht und die Selbsttötung im Falle schweren eigenen Leidens unter allen Umständen eine Fristübertretung darstellt? Wie lassen sich im Einzelfall suizidale Absichten von Handlungen, die in den Opfertod führen, wirksam unterscheiden? Und auch die Metapher des Geschenks hat eine schiefe Konsequenz, denn anders als bei üblichen Geschenken, die nach ihrer Übergabe

in den Besitz und somit in die Verfügungsgewalt des Beschenkten gelangen, müsste im Falle des Geschenk des Lebens ein grundsätzlicher Vorbehalt von Seiten des Schenkers akzeptiert werden. Dieses Geschenk ist offenbar kein Geschenk sondern lediglich eine Leihgabe. Aber warum nennt man es dann nicht so?

Welche aber sind die wichtigsten ethischen Argumente gegen den Suizid? Die Selbsttötung wird als eine «naturwidrige Handlung» definiert, wobei der Drang des Menschen nach Selbsterhaltung als die wichtigste Kontraindikation gesehen wird. Empirisch lässt sich dieser Trieb zur Selbsterhaltung allerdings schwerlich nachweisen, jedenfalls kann von einer generellen Natürlichkeit der Selbsterhaltung keine Rede sein. Der Mensch befindet sich in einem Verhältnis zu sich selbst, das zwar in den allermeisten Fällen die Bewahrung und Kontinuierung des Selbst erstrebt, aber längst nicht in allen Fällen. Ein zweites Argument lautet, dass die Selbsttötung selbstwidersprüchlich sei. Der Suizident verlange nach einem geglückten Leben, aber lösche durch seine Tat die Glücksbedingung, nämlich «das am Leben Sein», aus. Gegen diese Deutung muss ins Feld geführt werden, dass der Suizident gerade keinerlei Chance mehr auf ein geglücktes Leben sieht und somit die Aufforderung weiter zu leben um glücklich werden zu können, ins Leere läuft. Ein drittes Argument – das so genannte Irrtums-Argument – zeigt auf die Gefahr, dass der Suizident sich irren könne über seine weiteren Lebensmöglichkeiten und mit seiner Tat einen irreversiblen, buchstäblich tödlichen und womöglich voreiligen Entschluss gefasst habe. Diese Gefahr ist in der Tat nicht auszuschließen, aber man kann dem Suizidenten nicht *immer* jegliche Rationalität absprechen. Wenn die Lebensperspektive sich unaufhaltsam und irreversibel verdunkelt hat, ist ein gewisses Mass an Rationalität nicht zu bestreiten. Als Fazit dieser kurzen individual-ethische Reflexion kann festgehalten werden, dass es keine schlüssigen Argumente gibt, die den Suizid unter allen Umständen verbieten können.

Daneben existieren auch sozialetische Argumente, deren Überzeugungskraft in unserer Zeit allerdings deutlich abgenommen hat. Seit alters her wird argumentiert, dass jeder Mensch Teil einer Gemeinschaft sei und dass er sich aus den daraus wachsenden Verpflichtungen nicht ohne weiteres freikaufen könne. Dagegen lässt sich einwenden, dass solche Verpflichtungen ein redliches Mass nicht überschreiten sollten und es Umstände gibt, die eine Auflösung bestimmter Verpflichtungen entschuldigen können. Mittlerweile ist die Diskussion jedoch weit über diese klassischen Fragestellungen hinaus. Es stellt sich nämlich die Frage, ob es nicht gar

ein *Recht* auf Suizid geben könne. Die Richtung dieser Frage geht noch einmal über die von vielen Moralphilosophen vertretene Ansicht hinaus, der Suizid sei weder geboten noch verboten sondern allenfalls *erlaubt*. Sobald das Recht auf Suizid in Reichweite kommt, kann man die Anschlussfrage, ob dann nicht auch staatliche Vorkehrungen zur Assistenz bei einer Selbsttötung bereitgestellt werden sollten, nicht mehr umgehen. Gegen diese Konsequenz, die aus einem solchen Recht, also aus einem Anspruchsrecht, entstünde, wird oft angeführt, dass das Prinzip der Fürsorge hier ausser Kraft gesetzt werde und das Prinzip der Autonomie oder der Freiheit einseitig triumphiere. Wir sollten uns aber davor hüten, die gravierende existentielle Konfliktsituation, in der für einen Suizidenten Tötungsoptionen in Reichweite gelangen, ausschliesslich als einen Konflikt zwischen Moralprinzipien zu stilisieren. Dafür ist die Lage viel zu ernst. Es gibt tatsächlich Situationen, in denen aus ernststen und nachvollziehbaren Gründen die Fürsorgepflicht vor der Autonomie des Einzelnen weichen müssen. Oder besser formuliert: Es gibt Situationen, in denen aus der Konkurrenz zwischen Fürsorge und Autonomie eine Fürsorge *für* die Autonomie des Einzelnen wird. Der medizinisch assistierte Suizid kann also in bestimmten Leidenssituationen als Ausdruck einer solchen Fürsorge gewertet werden.

Korrespondenz

Prof. Dr. J.P. Wils
Kulturtheorie der Moral
Postbus 9103
NL-6500 HD Nijmegen

e-mail: J.P.Wils@rs.ru.nl