

## Assistierter Suizid

Ethikkomitee

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe und  
Gemeinschaftshospiz Christophorus

Der Wunsch nach assistiertem Suizid (physician assisted suicide, PAS) ist in Diskussion und nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Deutschland auch geschäftsmäßig arbeitenden Organisationen nicht untersagt. In mehreren Ländern der EU (Niederlande, Belgien, Luxemburg) und auch weltweit (Schweiz, Kolumbien, Kanada, USA) ist das Verbot zugunsten einer Patientenautonomie seit langem aufgehoben. Die Häufigkeit dieser Form des Sterbens liegt zwischen 0,3% und 4,6% aller Todesfälle und nahm nach der Legalisierung zu. Menschen, die sich den assistierten Suizid wünschten, sind oftmals älter und gut ausgebildet. Schmerzen werden meist nicht als primäre Motivation genannt (1). Vielmehr sind – einer Untersuchung aus Deutschland zufolge – der Verlust der Lebensperspektive bei schwerer Erkrankung, die Angst vor der Langzeitpflege und die Müdigkeit des Lebens häufige Gründe für den Suizid (2). Dabei waren „71 % der Verstorbenen Frauen, 67 % waren 70 Jahre oder älter, 25,6 % litten an metastasiertem Krebs, 20,5 % hatten eine schwere neurologische Erkrankung. 23 % litten an altersbedingten Krankheiten oder Behinderungen. 14,5 % der Verstorbenen hatten eine vorherrschende psychiatrische Diagnose, 7,7 % waren körperlich und geistig gesund“ (3).

Der Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid ist medizingeschichtlich nicht neu. Seit dem 16. Jahrhundert führte der Wunsch nach Sterbehilfe zu gesellschaftlich-wissenschaftlichen Debatten mit professionell Handelnden wie Pflegenden und Ärzten, deren Ergebnisse nicht zuletzt die Palliativversorgung voranbrachte. Allerdings wurde im dritten Reich die Euthanasie instrumentalisiert und somit ein Weg zur absoluten Unmenschlichkeit im Umgang mit Leben und Sterben gebahnt.

Während die einen die Legalisierung des assistierten Suizids als lang ersehnte Möglichkeit sehen, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, befürchten andere eine Rückfälligkeit in Zeiten der Euthanasie und Verfügbarkeit menschlichen Lebens. Dabei bestehen Fragen, die unterschiedliche Dimensionen berühren. So steht hinter jedem Suizidwunsch und jeder Suizidabsicht eine Not. Diese zu erkennen, ist Aufgabe einer differenzierten Begutachtung und Beratung. Wenn der Suizidwunsch Ausdruck einer hintergründigen Not ist, so sollte er nicht als frei und autonomiegeleitet aufgefasst werden, sondern als eine notgetriebene Handlungsabsicht. Insofern besteht die Antwort nicht in der Auslöschung menschlichen Lebens, sondern in der Abhilfe der Not. Durch eine vertrauensvolle und kompetente Begleitung kann es gelingen, diese zu lindern, Unterstützung anzubieten, andere Perspektiven zu ermöglichen, Situationen zu verändern und zur Prävention beizutragen.

Grundsätzlich gehört die Durchführung der Suizidassistenz nicht zu den Aufgaben der Palliativ- und Hospizversorgung. Umgekehrt sollten aber alle Menschen mit Suizidwunsch ein Recht auf palliativmedizinische Beratung (und Hilfe) haben. Dabei sind die Angehörigen bzw. die Nahestehenden nach Möglichkeit in die Beratung zu den Fragen des assistierten Suizids, der Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des entsprechenden Wunsches, einzubeziehen. Denn eine Selbsttötung als notgedrungener Handlungsvollzug erfolgt nie für sich allein, steht in Zusammenhang mit dem Umkreis und hat für ihn erhebliche Konsequenzen. Denn: Mit den Spuren, die der Suizidwillige hinterlässt, müssen nicht nur er, sondern auch die Überlebenden leben. Die sozialen Umstände und die Beziehung

zu Angehörigen bzw. dem jeweiligen Menschengemeinschaft sind ein wichtiges Kriterium für das Verstehen des leidenden Menschen, aber auch zur Erkennung der „Not“ selbst. Aus palliativmedizinischer Sicht stellt sich vor diesem Hintergrund die weitergehende Frage: Ist der durch eigene Hand herbeigeführte Tod auch ein „guter Tod“, ein Tod in Würde?

In der öffentlichen Diskussion werden gegenüber den kritischen Stimmen zum assistierten Suizid oftmals ausweglos erscheinende Situationen beschrieben, die den assistierten Suizid als einzige Möglichkeit ausweisen und „plausibel“ machen. Ihn zu versagen grenze aus dieser Perspektive an „unterlassene Hilfeleistung“ und wäre auch nicht mit dem Hippokratischen Gebot des „nicht Schadens“ vereinbar. Denn jeder herausgezögerte Tag wäre ein unmittelbarer Schaden für die Patientin/den Patienten. Diese herausfordernden Situationen brauchen durch ihre individuelle Situation auch eine individuelle Antwort. Oftmals ist durch eine gute Betreuung und ein verlässliches Vertrauensverhältnis eine Leidensminderung möglich, die nicht im assistierten Suizid als einem als „würdelos“ empfundenen Tod, um nicht zu sagen „Einschläferung“, besteht. Allerdings wird sich nicht immer und in ausreichendem Maße ein vertrauensvolles Verhältnis zum Menschengemeinschaft und den Behandlern entwickeln. In diesen Situationen ist dann nicht ein Rechtsanspruch auf assistierten Suizid hilfreich oder einzufordern, sondern eine fachlich und ethisch kompetente Betreuung, ggf. unterstützt durch den begleitenden Menschengemeinschaft. Ein oft zitiertes Beispiel ist die amyotrophe Lateralsklerose (ALS), die zur vollständigen Lähmung -auch der Atmung- bei vollem Bewusstsein führen kann. Diese auf den ersten Blick schnell überzeugende Begründung für den assistierten Suizid relativiert sich durch gegenläufige Einschätzungen von betroffenen Patient\*innen: So entscheidet sich ein kanadischer Hausarzt, der mit ca. 42 Jahren an ALS erkrankte, gegen den assistierten Suizid und für das Leben mit der schwer einschränkenden und belastenden Erkrankung. Gründe sind das liebevolle Verhältnis zu seiner Ehefrau, der Menschengemeinschaft und die äußeren, auch wirtschaftlichen Möglichkeiten für ein Leben, das anderen nicht zur Last fällt (4). Damit wird die Bedeutung der zwischenmenschlichen und damit sozialen Dimension der Entscheidungsfindung deutlich. Suizid-Wunsch ist nicht nur die Artikulation einer krankheits- oder anderweitig bedingten Not, sondern auch eine soziale Frage, die sich nicht nur an den Einzelnen, sondern an die gesamte Gesellschaft richtet. Um den Menschen „sinnstiftend“ zu begleiten, sind wir in dieser Frage nicht nur als Therapeuten, sondern auch als Menschen gefordert.

### **Drei Dimensionen**

Drei Dimensionen sind im Umkreis des assistierten Suizids entscheidend: Sinnverlust, mangelnde seelische Begleitung mit dem Gefühl, anderen Menschen zur Last zu fallen und die Angst vor nicht zu ertragenden Krankheitsfolgen liegen vielfach dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe zugrunde – und nicht real bestehende und unkontrollierbare somatische Symptome, wie man vielleicht meinen würde (5).

Die erste Dimension bezieht sich auf die individuelle Sinnfindung. Es werden keine Perspektiven mehr gesehen und der Zweifel an der Sinnhaftigkeit der leidbelasteten Lebensphase gewinnt an Macht. Viktor Frankl beschrieb als Holocaust-Überlebender demgegenüber die Sinnsetzung in leidvoller Zeit mit den an Friedrich Nietzsche angelehnten Worten: „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie“. Es kommt darauf an, in die Eindimensionalität und Ausschließlichkeit des Suizidwunsches neue Perspektiven zu entwickeln. Notgetriebener Suizidwunsch ist niemals frei und verengt röhrenförmig das Blickfeld auf die dann einzig noch in Frage kommende „Lösung“: den assistierten Suizid. Demgegenüber wirken neue Perspektiven und Sinnsetzungen befreiend, denn „der Selbstmord ist ein Nein auf die Sinnfrage“ (V. Frankl). Mit dem Sinnverlust verliert der Mensch die sinnsetzende Beziehung zu sich selbst. Denn Sinnsetzung ist individuell und nicht generalisierbar. Es sind „meine“ Sinn- und Wertsetzungen in der Biographie. Sinnfindung bedeutet ein wieder „nach Hause kommen“,

also Anschluss an die eigene Individualität und ihr Schicksal. "Jede Person ist neu, einmalig, unersetzbar, und meine Person und der Sinn korrespondieren miteinander." (V. Frankl). Aus jeder Sinnsetzung, schon aus ersten und einfachen Antworten auf das „Warum“, entstehen Kräfte, den weiteren Weg zu gehen, neue Werte zu entwickeln und zu entdecken. Im Hölderlinschen Sinne gilt: Denn wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch.

Die zweite Dimension ist die zwischenmenschliche Beziehung. Wenn die Patientin/der Patient Zuwendung und eine Bejahung seiner Situation erfährt, werden neue Werte erlebt und der Wunsch nach assistiertem Suizid nimmt sich zurück. Die Eigen- und Selbsterfahrung entwickelt sich in der Begegnung mit dem anderen Menschen. Sinn- und Bedeutung der eigenen Existenz werden vom Umkreis erfahren. Schon die Bezeichnung „Bedeutung“ enthält das „deuten“ und damit eine Tätigkeit, die nicht ein Selbstbedeuten meint, sondern vom Umkreis vollzogen wird. Die Bedeutung eines Menschen ist ihm selbst oft nicht bewusst, sondern wird vom Umkreis gespürt und besonders dann erlebt, wenn ein Abschied naht oder vollzogen worden ist. Der Mensch wird am „Du“ zum „Ich“, wie es Martin Buber beschrieb. Ohne diese Ich-Werdung im Zusammenhang mit dem anderen Menschen erlischt Lebenskraft und das Gefühl, eine Aufgabe zu haben, gebraucht zu werden. Der Wunsch nach assistiertem Suizid ist dann eine begreifliche Folge. Der Angst schwerkranker bzw. älterer Menschen vor einem unwürdigen und leidvollen Sterben in Pflegeheimen, in Krankenhäusern und auch zuhause hat vor diesem Hintergrund soziale Konsequenzen bis zur wirtschaftlich adäquaten Ausstattung betreuender Einrichtungen und ist ein Appell für eine flächendeckende Palliativ- und Hospizversorgung. Der Wunsch nach Hilfe zur Selbsttötung ist ein Aufruf zur Entwicklung von Mitmenschlichkeit. Es geht dabei nach Saunders um die Elimination von Leid, nicht um diejenige des leidtragenden Menschen im Sinne eines „tödlichen Mitleids“ (Klaus Dörner). Hierzu helfen positive Beziehungen, in denen Wertschätzung des anderen und Dankbarkeit für sein Dasein leben.

Die dritte Dimension ist eine fachlich kompetente (ggf. palliativ-) medizinische Behandlung. Durch die medikamentöse Therapie lassen sich in der modernen Palliativmedizin die meisten Symptome kontrollieren. Voraussetzung ist ein integrativer Therapieansatz, welcher der/Patientin/dem Patienten mehrdimensional gerecht wird. Die anthroposophische Palliativmedizin verfügt hier über umfangreiche Erfahrungen. Besondere Bedeutung haben neben der Arzneitherapie die Äußeren Anwendungen der anthroposophischen Krankenpflege und die verschiedenen Formen der Körpertherapie. Die Kunsttherapien öffnen das seelische Erleben und wecken die innere Aktivität der Patientin/des Patienten. In der Gesprächstherapie werden Fragen nach den individuellen Werten und biographischen Zielsetzungen der Patientin/des Patienten aufgegriffen, einschließlich der spirituellen und religiösen Überzeugungen der Patientin/des Patienten sowie Fragen zu Schicksal oder Nachtodlichkeit. Das entscheidende Merkmal der anthroposophischen Palliativmedizin ist die Orientierung an der Entwicklungs- und Zukunftsfähigkeit des Menschen, dessen seelisches und geistiges Wesen nicht an die leiblichen Grenzen von Geburt und Tod gebunden ist.

### **Ethische Aspekte**

Um das leisten zu können, kommt es auf eine aktiv ergriffene professionelle und ethische Entwicklung der Behandler und Unterstützung der Begleiter an. Als professionelle Behandler fragen wir uns, ob die ethische Professionalität in gleichem Maße ausgebildet ist wie die medizinisch-professionelle. Die Grundsäulen der Patienten-Arzt-Beziehung bestehen in der Palliativmedizin nicht nur in professioneller Kompetenz und empathischer Beziehungsgestaltung, sondern auch im therapeutischen Engagement. Sobald der Patientin/der Patient diesen Willen zum Heilen und zur Hilfeleistung erfährt, fühlt er sich unterstützt auf seinem Weg und kann neue Perspektiven entwickeln. Die Erfahrung zeigt, dass der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe dann oft schwindet.

Das Thema assistierter Suizid berührt den Kern eines ärztlichen und therapeutischen Selbstverständnisses, das dem Menschen in jeder Phase seines Lebens, auch und gerade in der palliativen Situation, Raum für seelisch-geistige Entwicklung zugesteht. Das Thema hat moralisch-ethische Aspekte, die berücksichtigt werden müssen. So wird ein ärztlicher Kollege durch die Bereitstellung von Natriumpentobarbital in den Prozess und das Schicksal des Betroffenen einbezogen und mit einer Aufgabe konfrontiert, die mit seinem ursprünglichen Heilungsauftrag nichts zu tun hat (6). Es ergeben sich in diesem Bereich Heraus- und Anforderungen an Ärzte und Begleitende, die letztlich jeder einzelne mit seinem Gewissen vereinbaren muss. Dabei ist die palliative Patientenbetreuung vom Menschenverständnis abhängig. Geht es ausschließlich darum, bei einem sterbenskranken Menschen belastende Symptome zu kontrollieren? Oder können auch am Lebensende noch zukunftsfähige Perspektiven entwickelt werden? Wird der Patient seelisch-geistig begleitet und unterstützt? Dafür braucht es neben einer symptomorientierten Behandlung auch in dieser Situation eines salutogenetischen Ansatzes, der nach den individuellen Ressourcen des Patienten fragt. Zum anderen müssen Menschen spüren, dass sie in Phasen von Zweifel, Ablehnung und existenzieller Angst nicht alleine sind und seelisch unterstützt werden. Drittens lebt jeder Mensch und erst recht der palliativ erkrankte Patient von Perspektive und Hoffnung, also von der Zukunftsfähigkeit des Menschen. Diese Haltung muss von den Ärzten und Pflegenden glaubwürdig vermittelt werden. Ein somatisch orientiertes Menschenbild wird im assistierten Suizid den Erlösungsaspekt sehen. Ein leiblich, seelisch und geistig orientiertes Menschenverständnis muss demgegenüber weitere Dimensionen einschließen und in der Biographie – im Unterschied zum hedonistischen Lebensverständnis – eine Entwicklungsdimension und Aufgabenstellung sehen. Wenn das eigentliche, geistige Wesen des Menschen unzerstörbar und nicht mit seiner somatischen Dimension und Endlichkeit identisch ist, so stellen sich die Fragen der Prä- und Postexistenz. Geburt und Tod sind dann nicht Start- und Endstationen, sondern Orte des Übergangs und der Schwelle, die einer besonderen ethisch-spirituellen Aufmerksamkeit und Begleitung bedürfen. Handeln im Umkreis des Todes ist dann von besonderer Verantwortlichkeit geprägt, zumal die vereinfachende Vorstellung eines bewusstlosen Finums nicht nur vor dem Hintergrund der zahlreichen Nah-Tod-Erfahrungen, sondern auch der jahrtausendealten Weltanschauungen und Lebensüberzeugungen den hier bestehenden ethischen Fragen nicht gerecht wird. Auch wandeln sich die Einschätzungen des Woher und Wohin des Menschen in der Biographie: Viele Kinder erinnern sich an eine Vorgeburtlichkeit (7), über das gesamte Leben verteilt und auch schon in der Kindheit beginnend wird von den Nahe-Tod-Erfahrungen berichtet als Hinweise auf die Nachtodlichkeit (8). Wachen und Schlafen, aber auch die zu Ende gehenden, „sterbenden“ Lebensphasen und wieder neu beginnenden werden zu Bildern für die großen Wendepunkte des Lebens, Geburt und Tod, für ein Hier und Drüben. Sie geben diesen eine besondere Würde, Verständnistiefe und damit die spirituell-ethische Basis. Wie wir die Schwangerschaft als Vorbereitungs- und Entwicklungsweg des werdenden Menschen kennen, so ergibt sich die Notwendigkeit, auch vor dem Todesaugenblick eine Entwicklungszeit zu sehen. Wir unterscheiden hier den Sterbeprozess von dem Todesaugenblick. Beides ist ausgesprochen individuell gestaltet, unterscheidet sich von Mensch zu Mensch und bekommt mit der Prägung durch die Individualität unantastbare Würde.

### **Autonomie entwickeln: Selbstwerdung und Autogenese**

Während äußerlich betrachtet eine leid- und schmerzbelastete Erkrankungsphase endlich zu Ende gehen sollte, sodass der Patient „erlöst“ werde, ergeben sich für die seelisch-geistige Perspektive ganz andere Aspekte. Versteht man den Menschen als ein geistbegabtes, auf Zukunft und Entwicklung angelegtes Wesen in einem sterblichen Leib, so nimmt man durch den assistierten Suizid dem Patienten das Wesentlichste, nämlich die Chance auf Entwicklung, Selbstwerdung, also Autogenese. Wir sind oftmals Zeuge bestaunenswerter Entwicklungen in der palliativen Erkrankungsphase oder

generell in der Zeit des Sterbens: Patient\*innen verfügen plötzlich über viel Zuversicht und Energie; aber auch belastende Emotionen können zunehmen. Immer wieder wird phasenweise eine andere Realitätsebene wahrgenommen (9). Einer Schweizer Studie zufolge werden diese Erfahrungen am Lebensende als Quelle spirituellen Trosts für Sterbende und Angehörige empfunden.

**Tab. 1:** Ja-Antworten auf die Frage: „Haben Sie bei Patientinnen/Patienten während den letzten Lebenswochen eines der folgenden Phänomene beobachtet“ (aus 10)

Aussage	n	%
• Der Patient verfügt plötzlich über ungewöhnlich viel Zuversicht	19	95
• Der Patient berichtet über eine ungewöhnlich Zunahme belastender Emotionen (z.B. Angst, Traurigkeit)	17	85
• Erlebnisse des Patienten, phasenweise eine andere Realitätsebene oder Umgebung wahrzunehmen und wieder zurückzukehren	17	85
• Das Gefühl eines Patienten, von etwas oder jemandem gerufen oder angezogen zu werden	16	80
• Der Patient nimmt verstorbene Verwandte, Freunde oder mythische Figuren wahr, die ihn zu erwarten oder zu begrüßen scheinen	16	80
• Der Patient berichtet über intensive Träume, die unerledigte Angelegenheiten betreffen und ihm helfen, besser damit ins Reine zu kommen	14	70
• Ein Patient kündigt seinen eigenen Todeszeitpunkt korrekt an	14	70
• Ein Patient mit getrübttem Bewusstseinszustand bis hin zum Koma erwacht plötzlich zu ungewöhnlicher Geistesklarheit	13	65
• Ein überdurchschnittlich großer Appetit, der aufgrund des bisherigen Essverhaltens nicht zu erwarten war	12	60
• Zur Todeszeit haben Freunde oder Verwandte, die NICHT beim Patienten anwesend sind, ein Erlebnis, das sie mit dessen Tod in Verbindung bringen	12	60
• Intensive Träume, durch die der Patient scheinbar getröste oder auf das Sterben vorbereitet wird	11	55
• Der Patient streckt freudig die Arme aus wie zur Begrüßung einer Person, die für die Anwesenden nicht wahrnehmbar ist	10	50
• Ein Patient berichtet über ein Tunnel- und/oder Lichterlebnis	10	50
• Der Patient berichtet, eine Region oder Landschaft mit außergewöhnlicher Schönheit zu erblicken	9	45
• Der Patient berichtet über außergewöhnliche Musik, die für die Anwesenden nicht hörbar ist	7	35
• Der Patient berichtet, entfernt lebende Verwandte oder Freunde wie in einem Traum besucht zu haben; diese bestätigen nachträglich, den Patienten zu diesem Zeitpunkt auch wahrgenommen zu haben	7	35
• Ein Patient nimmt verstorbene Freunde oder Verwandte wahr, über deren Tod er zuvor NICHT informiert war	5	25

Die Zeit der Sterbevorbereitung, also im weiteren Sinne des Sterbeprozesses beginnt manchmal unbemerkt vom Betroffenen selbst als auch seinem Umkreis. Erst im Rückblick wird dann deutlich, wie ein Sterbender sich vielleicht noch von vielen Menschen verabschiedet hat, um dann zu gehen. Andere Menschen ahnen mit verblüffender Genauigkeit das kommende Schicksal und manchmal auch den Todeszeitpunkt (11). Sie sprechen dann von ihm als einem wesentlichen Augenblick der Geburt, der

im Zeitorganismus ihrer Biographie einen ähnlichen und zu ihnen passenden Augenblick darstellt wie die Geburt. Assistierter Suizid verhindert diese Entwicklungen. Möglicherweise kann die scheinbare Beendigung von Schmerz und Leiden neuen Schmerz, ein Gefühl des Verlustes, der Entbehrung und des Leidens nachtodlich mit sich bringen. Das Leid wäre dann lediglich verschoben, möglicherweise sogar in einen dafür nicht vorgesehenen Bereich. Vieles wird in seinem eigentlichen Wert erst dann erkannt, wenn man sich von ihm trennen muss oder es verloren geht. Endgültigkeiten, die kein Zurück kennen, können besonders schmerzhaft sein.

Wir erleben immer wieder Patient\*innen mit Sterbewunsch, auch in einem anthroposophischen Krankenhaus. Die Erfahrung zeigt, dass sich dieser Wunsch durch eine gute palliative und hospizliche Therapie sowie seelische und geistige Unterstützung fast immer in neue Sinnsetzungen und neu errungene Autonomie wandeln kann. Die Patientin/Der Patient „ist“ dann nicht krank, sondern „hat“ die Erkrankung, erlebt sich selbst als autonomiefähig auch in der palliativen Erkrankungsphase und in einer Zeit mit vielleicht maximaler Abhängigkeit. Ihm ist dadurch keinesfalls seine Würde genommen, weil er „unwürdigem Leiden“ ausgeliefert ist. Vielmehr gewinnt er sie in besonderer Weise gerade in dieser Erkrankungsphase. Für eine Palliativmedizin, die sich am Menschen und seiner Entwicklungsfähigkeit auch in der späten Erkrankungsphase orientiert, ist der assistierte Suizid keine Option. Stattdessen geht es darum, den Menschen auch in seinen körperlichen, aber auch seelischen und geistigen Bedürfnissen intensiv zu begleiten. Selbstverständlich ist in seltenen Fällen bei einem nicht kontrollierbaren Beschwerdebild die palliative Sedierung erforderlich. Ein aktives Helfen beim Sterben gehört allerdings auch in dieser Situation nicht zu den notwendigen Instrumenten.

### **Praktische Gesichtspunkte bei Wunsch nach assistiertem Suizid**

In mehreren europäischen Ländern aber auch weltweit wurde der assistierte Suizid unter bestimmten Bedingungen legalisiert. Insofern bedarf es eines kompetenten Beratungsangebotes für Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid, das die unterschiedlichen Perspektiven, ethischen und spirituellen Gesichtspunkte einschließt. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir retrospektiv, dass die Kontrollmechanismen, die ursprünglich dem PAS vorausgehen müssen, in den Niederlanden und Belgien in zunehmendem Masse nicht mehr eingehalten worden sind: So wurden beispielsweise tödliche Mittel ohne das Einverständnis der Patientin/des Patienten verabreicht, es lag keine terminale Erkrankung vor und psychische Krankheiten blieben unbehandelt (12).

In der kürzlich erschienenen S3-Leitlinie Palliativmedizin wird das Phänomen Todeswunsch sehr differenziert betrachtet. Insbesondere die Abstufungen von Lebenssattheit über Lebensmüdigkeit bis hin zum vollstreckten Suizid, sowie die Tatsache, dass ein Mensch mit Todeswunsch auch gleichzeitig einen Wunsch nach Leben in sich tragen kann, hilft beim Verstehen der oft ambivalenten Gefühle des Betroffenen. Den professionellen (palliativmedizinischen) Helfern wird explizit zu einer Haltung von Offenheit, Interesse und Respekt geraten, ohne notwendigerweise dem Todeswunsch zuzustimmen. Somit ist nicht immer das Ergreifen aktiver Maßnahmen notwendig, sondern vielmehr das „aktive Aushalten des Leidens“, das Beistehen. Es soll das „Vorliegen von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Aussichtslosigkeit, Demoralisation und Glaubensverlust“ erfasst und behandelt werden (S3-Leitlinie Palliativmedizin, Version 2.1, Januar 2020, Kap. 18.2.3). Hierfür ist eine menschenzugewandte Palliativmedizin notwendig und geboten.

Karl Jaspers spricht auch vom sogenannten „Schicksalsgefährten“: „Das Dasein eines vernünftigen Menschen mit der Kraft des Geistes und der überzeugenden Wirkung eines unbedingt gütigen Wesens weckt im anderen, und so auch im Kranken, unberechenbare Mächte des Vertrauens, des Lebenwollens, der Wahrhaftigkeit, ohne dass darüber ein Wort fällt. Was der Mensch dem Menschen sein kann, erschöpft sich nicht in Begreiflichkeiten“(13).

**Gesprächsangebot schaffen:** Es geht um das gemeinsame Verstehen der vorliegenden Situation und Leidensdruckes. Ist es Perspektivverlust? Leid im Erleben der eigenen Situation und den Herausforderungen des Menschengeschlechtes (ich falle meinen Angehörigen zur Last, so dass sie ihr Leben nicht mehr leben können), unkontrollierte Symptome einer körperlichen oder seelischen Erkrankung? Für diese Gespräche braucht es die fachliche Kompetenz der verschiedenen Berufe, um den Betroffenen, seine Lebenssituation und seinen Umkreis besser zu verstehen und auch multiperspektivisch beraten zu können. Hierzu gehört die Berücksichtigung der Werte des Patienten, seiner spirituellen oder religiösen Überzeugungen aus einer Haltung des Helfen- und nicht Belehrenwollens.

In Ländern mit Beratungspflicht muss bei beantragtem assistierten Suizid fachliche und zwar multiprofessionell, ethische und spirituelle Kompetenz zur Verfügung stehen. Zu dieser gehören ein professionelles Gespräch zu Biographie des Menschen, individueller Wertsetzungen, die das Wesentliche vom Unwesentlichen unterscheiden, spirituelle Perspektiven und Hilfestellungen bis zu Hinweisen auf geeignete Meditationen und Gebet. Denn: Nichts materiell Äußerliches gibt Sicherheit und einen verlässlichen Boden für das Leben; Sinn- und Wertesetzungen sind ideeller, nicht materieller Natur und brauchen deswegen geistige Förderung und Pflege.

### **Einbeziehung und Unterstützung des Menschengeschlechtes**

Die soziale Dimension des Wunsches nach assistiertem Suizid muss geklärt werden. Betreuungsmangel und überforderte Begleiter signalisieren indirekt die Last, die der Betroffene seinem Umkreis „zumutet“. Es geht um Fragen der Unterstützung des Angehörigenumkreises und der begleitenden Menschen. Personalmangel und fachliche bzw. menschliche Überforderung müssen als verstärkende Faktoren erkannt und kompensiert werden. Anderenfalls stirbt ein Mensch durch veränderbare und veränderungspflichtige Bedingungen, die ihm die Sinnlosigkeit und Last seiner pflegebedürftigen Existenz signalisieren. Hier besteht ein erheblicher gesellschaftlicher Handlungsbedarf. Es braucht nicht nur ein ausgebautes Netz palliativer Betreuung, sondern auch Wertschätzung und Anerkennung menschlicher Zuwendung, pflegerischer Leistung und der Arbeit der in diesem Bereich wirkenden Institutionen (Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Hospize). Der Wunsch nach Verfügbarkeit des assistierten Suizids ist vor diesem Hintergrund ein Ruf nach Menschlichkeit in Medizin, Gesundheitssystem, aber auch der Gesellschaft.

### **Fachlich kompetente bzw. palliativmedizinische Betreuung ermöglichen**

Die zum Teil erhebliche Symptomlast des palliativ erkrankten Menschen braucht eine flächendeckende Palliativmedizin. Sie kann die körperlichen Beschwerden meistens befriedigend lindern und auch dem seelischen Leid als auch den geistigen Sinnfragen begegnen.

### **Literatur**

1. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe [published correction appears in JAMA. 2016 Sep 27;316(12):1319]. JAMA. 2016;316(1):79-90. doi:10.1001/jama.2016.8499
2. Bruns F, Blumenthal S, Hohendorf G. Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland: Medizinische Diagnosen und persönliche Motive von 117 Suizidenten [Assisted suicide in Germany: medical diagnoses and personal reasons of 117 decedents]. Dtsch Med Wochenschr. 2016;141(4):e32-e37.
3. Textzitat aus dem Englischen übersetzt: Bruns F, Blumenthal S, Hohendorf G. Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland: Medizinische Diagnosen und persönliche Motive von 117 Suizidenten [Assisted suicide in Germany: medical diagnoses and personal reasons of 117 decedents]. Dtsch Med Wochenschr. 2016;141(4):e32-e37

4. Jeff Sutherland: Physician-assisted suicide from a patient's perspective. *Can Fam Physician*. 2016 Feb; 62(2): 115.
5. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe [published correction appears in *JAMA*. 2016 Sep 27;316(12):1319]. *JAMA*. 2016;316(1):79-90. doi:10.1001/jama.2016.8499
6. Stocker,U.: Sterbehilfe – Assistierter Suizid. Rechtliche, politische und moralisch-ethische Aspekte, inkl. Checkliste für Sterbehilfe-agTs. Master of Advanced Studies in Forensics (MAS Forensics) 2015
7. Emmons N.A, Kelemen D.A.: I've got a feeling: Urban and rural indigenous children's beliefs about early life mentality. *J Exp Child Psychol*. 2015 Oct;138:106-25. doi: 10.1016/j.jecp.2015.05.001. Epub 2015 Jun 2.
8. van Lommel, P., van Wees, R., Meyers, V. et al.: Near-death experience in survivors of cardiac arrest. A prospective study in the Netherlands. *The Lancet* 2001; 358. S. 2039-2945.
9. Klein S, Kohler S, Krüerke D, et al.: Erfahrungen Am Lebensende: Eine Umfrage Bei Ärzten Und Pflegenden Eines Spitals Für Anthroposophisch Erweiterte Medizin. *Complement Med Res*. 2018;25(1):38-44. doi:10.1159/000478090
10. Klein S, Kohler S, Krüerke D, et al.: Erfahrungen Am Lebensende: Eine Umfrage Bei Ärzten Und Pflegenden Eines Spitals Für Anthroposophisch Erweiterte Medizin. *Complement Med Res*. 2018;25(1):38-44. doi:10.1159/000478090
11. Klein S, Kohler S, Krüerke D, et al.: Erfahrungen Am Lebensende: Eine Umfrage Bei Ärzten Und Pflegenden Eines Spitals Für Anthroposophisch Erweiterte Medizin. *Complement Med Res*. 2018;25(1):38-44. doi:10.1159/000478090
12. Sprung et al: Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective (*J Pall Care*, 2018 Oct
13. Karl Jaspers: *Philosophie und Welt. Reden und Aufsätze*. München 1958, S. 177ff; 179-83. Zitiert nach: Karl Jaspers: *Was ist Erziehung? Ein Lesebuch*. Textauswahl und Zusammenstellung von Hermann Horn. München/Zürich